COUNTWAY LIBRARY
HC 4PZ7 E

BOSTON
MEDICAL LIBRARY
8 THE FENWAY

DES

DÉPLACEMENTS DE LA MATRICE EN ARRIÈRE

PENDANT LA GROSSESSE

DES

DÉPLACEMENTS DE LA MATRICE

EN ARRIÈRE

PENDANT LA GROSSESSE.

MÉMOIRE COURONNÉ PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS
(PRIX CAPURON, 1874).

PAR LE

Dr N. CHARLES,

DE LIÉGE

Bibliothécaire de la Société médico-chirurgicale de Liége,
Membre correspondant de la Société royale des sciences médicales
et naturelles de Bruxelles, etc.

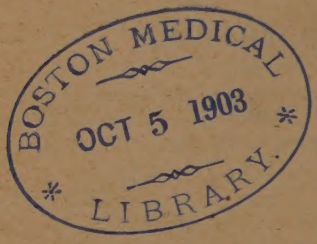
BRUXELLES
H. MANCEAUX, IMPRIMEUR-ÉDITEUR
Rue des Trois-Têtes, 12.

PARIS
A. DELAHAYE, ÉDITEUR
Place de l'École de médecine.

1878

24.D.124

(Extrait du *Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie de Bruxelles.*)



PRÉFACE

Ce livre est en quelque sorte une deuxième édition, revue et augmentée, du mémoire que j'ai présenté, en 1874, à l'Académie de médecine de Paris, pour l'obtention du prix Capuron.

Cette illustre assemblée a bien voulu alors récompenser mon travail (1); je puis donc espérer que le public médical accueillera aujourd'hui, avec quelque faveur, le même ouvrage perfectionné et complété.

Des circonstances, indépendantes de ma volonté, en ont retardé la publication jusqu'à ce jour. Ce temps n'a pas été perdu.

En effet, j'avais d'abord divisé le sujet en deux parties : la première contenait l'histoire dogmatique des déplacements en arrière ; la seconde était réservée aux nombreuses observations qui avaient servi de base à mes descriptions. Suivant en cela l'avis de la Commission, j'ai remanié le tout et intercalé les faits entre les opinions mêmes qu'ils sont destinés à faire ressortir.

J'ai fait plusieurs coupures et ai ajouté quelques discussions, rendues nécessaires par les débats académiques, que certaines de mes opinions ont soulevés (2). Le lecteur ne sera donc pas abusé, et pourra juger en parfaite connaissance de cause.

J'ai aussi modifié le titre primitif, trop restreint, de *rétroversion*,

(1) La Commission était composée de MM. Ricord, président, Depaul, Devilliers, Jacquemier et Bernutz, rapporteur.

(2) Voir le rapport et la discussion, dans la séance du 8 décembre 1874, et la séance solennelle du 4 mai 1875.

et l'ai remplacé par le terme plus général de *déplacements en arrière*, qui se rapporte aussi bien à la rétroflexion qu'à la rétroversion.

En faisant ce livre, j'ai voulu présenter une monographie complète des déplacements de la matrice en arrière pendant la grossesse; j'y ai discuté toutes les opinions, et les ai fait suivre de mes idées, basées bien plus sur les faits cliniques que sur des déductions théoriques.

Pour arriver à ce résultat, je me suis livré à des recherches nombreuses, qui m'ont permis de réunir une collection complète d'observations « laquelle contient sinon tous les faits de rétroversion utérine pendant la grossesse, qui ont été publiés, du moins tous ceux qui peuvent servir à élucider un point quelconque de la question (dit le rapport académique) »

De plus, ainsi qu'on le verra, j'ai eu à ma disposition un grand nombre de cas inédits, recueillis soit dans ma clientèle particulière, soit dans la pratique d'accoucheurs éminents, belges et étrangers. Je me plais à citer spécialement M. Hubert, père, de Louvain, et M. Barnes, de Londres. Notre illustre compatriote a été, hélas! ravi prématurément à la science et je ne puis que payer un juste tribut à sa mémoire. Quant à l'habile professeur de *St-Thomas's Hospital*, je suis heureux de pouvoir le remercier publiquement de son obligeance.

Il me reste à exprimer ma plus vive gratitude à l'Académie de médecine de Paris, qui a bien voulu juger favorablement mon travail, et surtout au savant rapporteur de la Commission de concours, M. Bernutz.

Liége, janvier 1878.

Dr N. Charles.

DE LA RÉTROVERSION DE L'UTÉRUS

PENDANT LA GROSSESSE.

BOSTON MEDICAL
OCT 5 1903
LIBRARY.

INTRODUCTION.

Généralités sur la statique, les déplacements et les inflexions de l'utérus.

L'utérus, à l'âge de puberté, est situé normalement dans l'excavation du petit bassin, entre la vessie et le rectum et au-dessus du vagin; son fond répond à peu près au niveau du détroit supérieur et au sommet de la vessie ; son grand axe (en continuant à le regarder comme rectiligne), se confond sensiblement avec celui du même détroit et est par conséquent, dirigé d'avant en arrière et de haut en bas, suivant une ligne qui de l'ombilic irait tomber à l'union des deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur du coccyx.

L'utérus est maintenu dans cette position par différents ligaments, qui tous contiennent des fibres musculaires surtout apparentes pendant la grossesse (Boivin, Deville, Hélie). Ce sont d'abord les replis transversaux du péritoine appelés *ligaments larges*, lesquels constituent, aux yeux de plusieurs, les principaux soutiens de l'organe à l'état de vacuité ; en second lieu, les *ligaments ronds ou sus-pubiens* qui, prenant naissance au devant et un peu en dessous des angles supérieurs de la matrice vont gagner le canal inguinal, et rendent difficile le renversement du fond en arrière ; en troisième lieu, les ligaments ou *replis vésico-utérins* qui, du corps de la matrice se portent à la face postérieure de la vessie ; enfin, les *ligaments utéro-sacrés* qui, nés de la région médiane et postérieure du col, s'écartent, se portent en arrière et vont se fixer sur les bords latéraux de la région moyenne du sacrum, et « qui sont non moins propres que les suspubiens à conserver au viscère sa situation normale, car si ces derniers empêchent le fond de se renverser en arrière, les premiers empêchent le col de se porter trop en avant. » (Boivin.)

Selon M. Richet (*Traité d'anatomie médico-chirurgicale*), les ligaments anté-

rieurs ne sont pas assez importants pour s'opposer aux déplacements, mais les postérieurs ont une action telle qu'il est « souvent impossible de mettre l'utérus en rétroversion complète tant qu'ils sont intacts » et malgré la section des ligaments larges.

M. Lala (*Essai sur les déplacements de l'utérus*, Paris, 1857) décrit à part les ligaments du corps et ceux du col. Selon cet auteur, le corps est relié à la vessie par trois ligaments, deux latéraux et un troisième médian qui n'est signalé nulle part; il est de plus fixé au bassin par les ligaments ronds, par les ligaments larges et par les ligaments utéro-sacrés supérieurs : ces derniers partent des bords latéraux du corps et vont se perdre vers les symphyses sacro-iliaques. Tous ces ligaments sont susceptibles d'allongement, ne constituent pas des moyens de fixité bien puissants et permettent au corps de l'utérus de se mouvoir en tous sens avec une grande facilité. Au contraire, la fixité semble propre au col utérin qui est relié au bassin par cinq ligaments : deux postérieurs ou utéro-sacrés inférieurs, formés par un tissu dense, grisâtre, résistant, qui vont des bords latéraux et postérieurs du col à la face antérieure du sacrum ; un médian-antérieur, formé des faisceaux fibreux très-résistants qui partent de chaque côté de la symphyse pubienne et se portent d'avant en arrière sur le col de la vessie, sur le vagin et jusque sur le col utérin; enfin deux utéro-pelviens latéraux formés de tissus fibreux très-résistants qui s'insèrent sur les bords latéraux du col et sur les parois latérales du bassin.

En comparant les moyens d'union du corps et du col de l'utérus, on voit que les premiers sont séreux ou musculaires, c'est-à-dire destinés, non à donner une position fixe au corps utérin, mais à faciliter, à régulariser, pour ainsi dire, dans la cavité pelvienne les mouvements que la nature de ses fonctions rend nécessaires; les ligaments du col, au contraire, sont fibreux, solides, résistants et destinés à le fixer solidement, comme sont fixés tous les canaux excréteurs.

Aran, qui a fait une étude spéciale de la statique de l'utérus, est arrivé aux deux importantes conclusions que voici : 1° L'utérus est suspendu dans la cavité du bassin par un ensemble de moyens de suspension composés des insertions du col de la vessie et du vagin en avant, de ce conduit et des ligaments postérieurs en arrière, du vagin et des fibres latérales du ligament postérieur latéralement; 2° La réunion de ces moyens de suspension constitue un axe véritable, *axe de suspension* (1), autour duquel s'opèrent les mouvements de l'utérus (2).

M. Bennett n'hésite pas à considérer le vagin comme le principal soutien de la matrice; M. Stoltz cependant a enlevé tout le vagin sans que l'utérus ait éprouvé

(1) M. Courty critique cette expression et la remplace par la dénomination plus exacte, selon lui, d'anneau ou de double demi-anneau suspenseur.

(2) Aran : Études anatomiques et anatomo-pathologiques sur la statique de l'utérus; *Arch. gén. de méd.*, février et mars 1858.

le moindre changement dans sa situation. Quoiqu'il en soit, Aran, contrairement à M. Richet, mais d'accord avec plusieurs auteurs, accorde au vagin une certaine utilité pour maintenir l'utérus en place, ce qui ne semble pas contestable.

Citons encore l'opinion de M. Virchow qui paraît regarder l'adhérence intime du bas-fond de la vessie au col de l'utérus comme le principal moyen de suspension de l'organe.

En définitive, le corps de la matrice est soutenu dans sa position par des attaches lâches et extensibles ; il jouit d'une assez grande mobilité et on peut le faire mouvoir en tous sens.

On comprend donc facilement que, sous l'influence de différentes causes, l'utérus puisse se déplacer et que, s'il subit des changements de forme et de situation, comme pendant la grossesse, certaines déviations soient particulièrement à craindre.

L'utérus peut prendre une position plus déclive qu'à l'état naturel : s'il n'arrive pas à la vulve, c'est l'abaissement simple ou descente ; s'il la dépasse en partie, c'est la chute incomplète, et, s'il la dépasse en totalité, c'est la chute complète ou prolapsus.

L'utérus peut également être porté en haut, mais cette élévation est toujours secondaire et ne présente guère d'intérêt.

Le grand axe de l'utérus peut quitter sa direction normale et se déplacer dans tous les sens : il y a *antéversion* quand le corps s'incline plus ou moins fortement en avant et que le col, suivant le mouvement total de l'organe, est dirigé en arrière vers la concavité du sacrum : la paroi postérieure devient ainsi plus ou moins supérieure selon le degré du déplacement, tandis que l'antérieure devient inférieure ; une disposition inverse constitue la *rétroversion*, et alors le fond de la matrice est incliné en arrière vers l'angle sacro-vertébral, ou même, dans les degrés plus avancés, vers la concavité sacrée, tandis que le col est porté en avant du côté de la symphyse pubienne. On appelle *latéroversions* droite ou gauche les changements de situation dans lesquels le corps est à droite ou à gauche du bassin tandis que le museau de tanche regarde la paroi latérale opposée.

L'utérus peut éprouver aussi des changements de forme et se recourber sur lui-même de façon à présenter un angle plus ou moins prononcé : cette brisure de l'axe utérin constitue la flexion et se fait ordinairement à l'union du corps et du col.

On dit qu'il y a *antéflexion* quand le fond de l'organe s'est infléchi en avant, et *rétroflexion* lorsqu'au contraire ce fond est abaissé vers la concavité sacrée : dans les deux cas, le col a pu conserver sa position normale, mais ordinairement il est un peu dévié du côté opposé au corps, c'est-à-dire qu'une version légère accompagne d'habitude la flexion ; d'autres fois, au contraire, le col est dirigé du même côté que le corps et l'utérus a la forme d'un fer à cheval :

l'angle peut même être tellement aigu que les faces correspondantes du corps et du col sont presqu'en contact. Les *latéro-flexions* présentent peu d'intérêt au point de vue clinique et compliquent souvent la rétroflexion.

Ces inflexions de l'utérus étaient regardées comme les principales lésions de l'organe, lorsque, peu de temps après la mémorable discussion qui eut lieu à l'Académie de médecine de Paris en 1849 sur les *engorgements* et les *déviations* de la matrice (1), M. Boullard fit de nombreuses recherches nécroscopiques qui lui firent croire que l'état normal de l'utérus, tant qu'il n'y avait pas eu grossesse, était l'antéflexion (2). Cette opinion, fortement combattue par M. Depaul, a cependant été appuyée par quelques autopsies de MM. Follin, Verneuil, Aran, etc. et par des examens pratiqués sur le vivant par MM. Gosselin, Bennett, etc. (3). L'antéflexion congéniale se distinguerait du reste ordinairement de l'antéflexion morbide en ce que la première serait constituée par un simple arc de cercle, et la seconde par un angle véritable ; de sorte que dans le premier cas, la lumière du canal utérin ne serait guère diminuée et qu'il n'y aurait véritable plicature ou cassure de l'axe utérin que dans la forme morbide.

Quoiqu'il en soit, les différents déplacements (descente, version, flexion) disparaissent d'habitude dans les premiers mois de la gestation ; mais s'ils persistent ou s'ils se produisent alors, ils peuvent occasionner des troubles sérieux et même compromettre la vie de la mère aussi bien que celle de l'enfant.

De l'avis de tous les auteurs, la rétroversion est le plus important des déplacements de l'utérus gravide et l'un des accidents qui méritent le plus d'attention dans la première moitié de la gestation. Elle nous occupera seule dans ce travail.

J'ai dit que dans la rétroversion le fond de l'utérus s'incline en arrière ; mais si dans la grossesse le segment postéro-supérieur de l'organe s'appuie simplement sur le promontoire, il ne tarde pas à s'élever dans la cavité abdominale et aucun phénomène important ne se produit d'habitude. Il n'y a donc vraiment rétroversion pendant la grossesse que quand le fond se trouve en dessous de l'angle sacro-vertébral et est en quelque sorte accroché par cette éminence osseuse. De plus, que les axes du corps et du col coïncident (rétroversion) ou qu'ils forment entre eux un angle (rétroflexion), les circonstances graves sont exactement les mêmes, car elles consistent dans l'obstacle apporté au développement ultérieur du viscère imprégné qui ne parvient pas à franchir le détroit, et surtout dans la compression considérable et permanente exercée alors sur les organes du petit bassin par un corps dont le volume augmente chaque jour.

(1) Académie de médecine de Paris, année 1849, séances du 9 octobre et suiv.

(2) Boullard. *Quelques mots sur l'utérus.* Paris, 1853.

(3) Les mémoires publiés en 1872, par *Schultze, Olshausen et Schröder,* prouvent qu'on n'est pas encore fixé non plus, outre Rhin, sur cette question (V. résumé en *Revue de M. Hayem,* tome I, n° 2, p. 736 et suiv.).

Ainsi donc pendant la grossesse, la rétroflexion ne doit pas être séparée de la rétroversion.

Remarquons aussi que la rétroversion est de temps en temps accompagnée d'un peu de latéroversion, c'est-à-dire que le fond est en même temps en arrière et un peu de côté, le col en avant vers une des branches ischio-pubiennes et non directement vers la symphyse : la présence du rectum à gauche peut, ainsi que l'indique Cazeaux, rendre compte de la plus grande fréquence de la latéroversion droite, puisque M. Lala en distendant à la fois le rectum et la vessie, a obtenu la latéro-rétroversion gauche dans deux cas où le rectum était à droite (1).

Mais il ne faut pas confondre la rétroversion avec l'obliquité postérieure qu'on observe quelquefois à la fin de la grossesse.

Tous les auteurs admettent qu'au moment de l'accouchement le corps de la matrice peut être plus ou moins fortement incliné en avant ou sur les côtés, ce qui constitue les obliquités antérieure et latérales droite ou gauche ; mais plusieurs nient la possibilité d'une obliquité postérieure qu'ils ne pourraient comprendre qu'autant que les vertèbres fussent arquées à contre-sens de l'état naturel. (Levret, Baudelocque, Moreau, etc.)

D'après Cazeaux, le grand axe de l'utérus peut cependant, même au moment du travail, être dirigé d'arrière en avant et de haut en bas, lorsque la résistance des parois abdominales a été supérieure à la force de développement, d'expansion de l'organe gestateur ; Velpeau explique aussi cette anomalie par l'inclinaison outrée du détroit supérieur, par quelque position déviée du sommet ou par l'épaisseur et la densité inégales des parois : dans ces cas, le segment postéro-inférieur se laisse distendre à la fin de la grossesse, prend la forme d'un sac (Scanzoni) et s'enfonce en arrière dans le petit bassin qu'il obstrue, tandis que le col est reporté en avant au-dessus de la symphyse pubienne. C'est à cette disposition qu'on a donné le nom d'obliquité postérieure, dénomination bien choisie, surtout si l'on ne considère que la situation du col qui se trouve dans un point diamétralement opposé à celui qu'il occupe dans l'obliquité antérieure si commune.

Elle est du reste assez rare ; cependant les observations de Merriman et de Velpeau (2), celle plus récente de M. Francke (3) la mettent hors de doute ; Velpeau y rattache même les positions sus-pubiennes de La Chapelle. M. Hyernaux, directeur de la Maternité de Bruxelles, vient d'en publier, selon moi, un nouvel exemple des plus remarquables (4).

(1) Lala. *Loc. cit.*, p. 31.

(2) V. Velpeau. *Traité des accouchements.* Bruxelles, 1835, p. 365, et Cazeaux, *Traité des accouchements.* Paris, 1858, p. 645.

(3) V. *Union médicale* de juillet 1864.

(4) V. Académie de médecine de Belgique (séance du 24 avril 1875).

Dans ces cas, le col de l'utérus est en avant et en haut, et l'excavation est remplie en arrière par une portion du viscère.

On peut expliquer ces faits de deux façons; mais rappelons d'abord l'observation remarquable suivante:

Observation I. — *Rétroversion méconnue jusqu'au moment du travail; réduction, expulsion d'un enfant mort;* par M. Billi (1). — Le 1er février 1844, il fut apporté à la clinique de Milan une femme de 28 ans, lymphatique, d'une taille moyenne, en travail depuis la veille, et déjà accouchée, sept ans auparavant, d'un enfant vivant et à terme. Dans cette seconde grossesse, la constipation à laquelle elle était sujette, devint plus grande, et vers le troisième mois, la femme commença à éprouver une sensation pénible, comme d'un corps volumineux dans le petit bassin. Au quatrième mois, tiraillements douloureux aux aines, à la partie interne des cuisses, aux jambes. Au cinquième, il s'ajouta un tiraillement douloureux du vagin; la constipation devint plus grande; l'émission des urines ne s'effectua plus que difficilement. Au sixième et au septième, tous ces désordres s'accrurent; la malade dut garder le lit; les urines et les matières fécales n'étaient expulsées qu'avec les plus grands efforts; vers le huitième mois (28 janvier), il s'écoula du vagin une assez grande quantité d'eaux, d'abord blanchâtres, puis d'un vert foncé, et il en résulta pour la femme un grand soulagement.

Le 31, les douleurs d'accouchement s'étant déclarées, une sage-femme fut appelée; celle-ci, ne trouvant point le col, réclama l'avis d'un chirurgien, qui, ainsi que deux autres confrères appelés plus tard, crut à une grossesse extra-utérine et fit transporter la femme à la maternité.

M. Billi recueillit alors tous les renseignements qui précèdent. Il sentit par le palper abdominal un corps d'un volume pareil à celui de l'utérus au neuvième mois de la gestation. Par le toucher, il reconnut que la conformation du bassin était normale, que son ouverture supérieure ainsi qu'une grande partie de l'excavation, était occupée par un corps de forme ronde, placé entre le rectum et le vagin, et recouvert par la paroi postérieure de ce dernier. Le vagin était un peu comprimé entre cette tumeur et le pubis; le doigt ne parvint pas à toucher l'orifice de l'utérus. Une sonde de femme introduite dans le vagin pénétra si haut que, de l'extérieur, on sentait son extrémité à cinq travers de doigt au-dessus du pubis. La femme fut alors couchée sur le côté droit, M. Billi introduisit la main gauche dans le vagin et parvint avec difficulté à porter les doigts jusqu'au lieu où parvenait la sonde; là se trouvait l'orifice utérin dilaté, et le chirurgien put reconnaître une présentation des fesses. Par l'anus, le doigt constata dans la tumeur la tête d'un fœtus et en sentit les sutures et fontanelles. L'auscultation ne permit pas d'entendre les battements du cœur du fœtus, dont la femme ne sentait plus depuis trois jours les mouvements actifs.

Billi n'eut plus de doute : l'enfant était dans l'utérus, le fond de ce viscère se trouvait dans la concavité sacrée, et son orifice à peu de distance de l'ombilic.

(1) *Gazette médicale de Milan*, 4 janvier 1845.

Pour réduire, il fit placer la femme sur le lit, presque transversalement et couchée sur le flanc. Il posa une main sur le ventre à l'endroit correspondant au col et introduisit l'autre dans le vagin. Avec le poing serré de cette dernière, il poussa graduellement sur la partie utérine qui occupait le petit bassin, et réussit non sans difficulté, à la faire passer au-dessus du détroit supérieur. Alors la main abdominale, comprimant l'autre extrémité de l'ovale formé par l'utérus, fit exécuter à celui-ci un mouvement de demi-cercle par lequel son fond, parcourant la partie interne postérieure de l'abdomen, vint se porter en haut, tandis que l'orifice gagnait le bas. La manœuvre dura peu et n'occasionna guère de douleurs. Le col utérin fut trouvé en place; le fond, exploré à travers la paroi abdominale, présenta à gauche un sillon profond dû à la pression du détroit supérieur.

Le lendemain : douleurs abdominales, utérus sensible, pouls fébrile; une saignée dissipa ces symptômes, et à 11 heures du matin la femme accoucha d'un enfant mort, du poids de 4 1/4 kil. et long de 30 cent. L'accouchée eut au sixième jour quelques accidents inflammatoires qu'une application de sangsues fit disparaître, et sortit parfaitement guérie douze jours après sa délivrance.

On comprend ce fait en admettant que le vagin très-extensible s'allongea et permit au col de se porter graduellement en haut, tandis que le corps utérin, pressé dans l'excavation et ne pouvant se développer du côté du fond, s'accrut en haut par le développement de sa face antéro-supérieure.

Quelques auteurs pensent que l'obliquité postérieure n'est rien autre qu'un des modes de terminaison de la rétroversion (Burns, Mattei, Barnes, Schröder). Nous avons vu que d'autres, au contraire, admettent que cette obliquité consiste dans un affaissement de la paroi postérieure de l'utérus lors des deux derniers mois de la grossesse : ce segment prend la forme d'un sac et s'enfonce dans les replis de Douglas; par là, la partie inférieure est refoulée en avant et en haut au-dessus du pubis : c'est à cette disposition que les auteurs allemands donnent le nom de *rétroversion partielle*. Cette anomalie, ainsi comprise, doit alors être complètement distinguée du déplacement qui survient dans les premiers mois de la gestation.

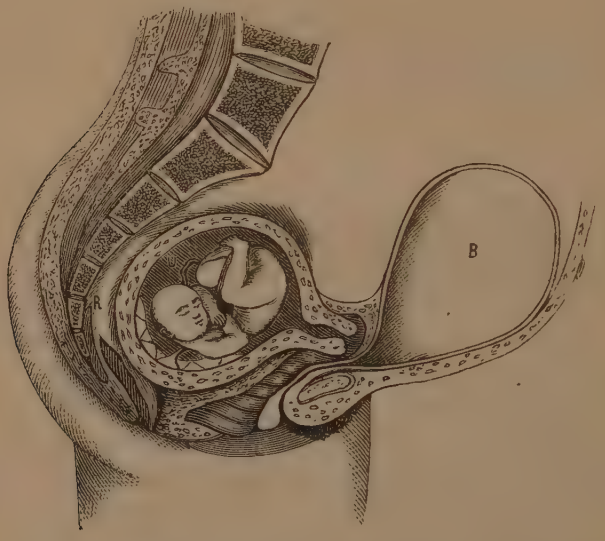
Dans la première hypothèse, c'est la paroi antérieure, devenue supérieure, qui se développe outre mesure, comme dans l'observation de Billi; dans la seconde, c'est le segment inféro-postérieur qui prend en bas une dilatation sacciforme.

Que penser de ces deux opinions?

Burns croit que l'utérus rétroversé peut conserver sa mauvaise position même jusqu'à la fin de la grossesse et il cite à l'appui l'observation de Merriman; dans ces cas, dit-il, il n'y a plus réellement rétroversion, car l'organe s'est développé presqu'autant dans l'abdomen que de coutume, mais d'une manière particulière.

M. Mattei (*Un. méd.*, 1864) déclare avoir pu suivre plusieurs fois, jour par jour, le développement, dans la cavité abdominale, de la paroi supérieure de l'utérus rétroversé, sans que la disposition du col change. Mais il ne rapporte, dans sa clinique, aucun fait de ce genre. M. Barnes dit que le développement partiel de l'utérus dans la cavité abdominale peut quelquefois amener le rétablissement de l'utérus : « Ce qui fait une vraie *soupape de sûreté*. » Vers la fin de la grossesse, la portion abdominale se développe fortement et peut attirer le col vers le centre du bassin ; il n'y a plus alors d'obstacle à l'accouchement. M. Barnes a suivi souvent cette évolution et « la regarde comme la plus ordinaire par laquelle la nature échappe aux dangers d'un utérus rétrofléchi accroché par le promontoire. » D'autres fois, dit-il, le col reste dévié en avant et

Fig. 1re.



Rétroversion de l'utérus gravide.
U utérus comprimant, *R* le rectum, dans la concavité du sacrum et *B* la vessie, contre la symphyse pubienne. Le vagin est tiré en haut et en avant par le col.
(Extrait des *Leçons sur les opérations obstétricales*, de M. Barnes, 1875.)

l'on trouve au moment du travail la disposition que nous avons indiquée plus haut. A l'appui de cette dernière terminaison, M. Barnes cite l'observation de Merriman et rapporte deux faits, l'un de Hecker, l'autre d'Oldham. Dans le premier, il s'agit d'une multipare, enceinte de six mois, atteinte à plusieurs reprises de dysurie et menacée d'avortement. Elle avait des douleurs et des crampes. Le fond (utérin ?) était au niveau de l'ombilic et le col au-dessus de la symphyse; la concavité sacrée était occupée par une tumeur molle, qui repoussait le périnée en bas à chaque douleur. Cette tumeur ne put être repoussée mais s'éleva d'elle-même ; la poche des eaux se forma et l'avortement eut lieu.

La femme observée par Oldham était une primipare à terme, qui, trois ans auparavant, souffrait de dysurie et de rétroflexion. L'orifice utérin regardait en bas, mais était fort élevé derrière la symphyse pubienne, contre laquelle le vagin était serré; la tête était dans le bassin, le tronc et le siége dans l'abdomen. Oldham attira le col en bas, en repoussant la partie pelvienne en haut et la portion abdominale en bas avec la main extérieure; il alla chercher un pied et termina l'accouchement.

Fig. 2.

Rétroflexion incomplète d'un utérus gravide (obliquité postérieure).
(Extrait des *Leçons sur les opérations obstétricales*, de M. Barnes, 1873.)

Voici ce qu'en dit Schröder, professeur d'obstétrique à Erlangen (*Manuel d'accouchements*, traduit par M. Charpentier, Paris 1875) : « Quelquefois le redressement spontané de l'utérus en rétroflexion est fort lent; alors le viscère s'accroît par sa paroi antérieure qui se trouve en haut dans le grand bassin si bien que ce dernier contient une partie de plus en plus grosse de l'organe et de l'enfant jusqu'à ce que cette partie, par son excès de poids, attire la partie qui était restée dans le petit bassin. Ce n'est que très-rarement que la partie de l'utérus qui remplit le petit bassin y reste logée, de sorte que l'utérus, même dans les derniers mois de la grossesse, présente un modification de forme particulière à laquelle on a donné le nom *rétroversion partielle de l'utérus gravide*. Le col est tout à fait derrière ou au-dessus de la symphyse et le segment inférieur et postérieur de l'utérus est fortement comprimé dans le petit bassin, entre le col et le promontoire, par une partie fœtale ou la vessie. » Dans l'observation de M. Hyernaux, le col était un peu au-dessus de la ligne innominée

et à l'extrémité gauche du diamètre transverse du détroit supérieur, ce qui suppose en plus une torsion de l'organe comme dans la latéro-rétroversion.

M. Stoltz pense que le mal s'aggrave d'habitude jusqu'à ce que la mort survienne; ce n'est qu'exceptionnellement, dit-il, que la grossesse arrive à terme, l'utérus se développant par sa paroi antérieure (1).

Ces faits sont rares. Dans les observations de Merriman et de Velpeau, de Franck, de Barnes et de Hyernaux, aucun symptôme morbide n'est relaté pendant la grossesse, et il est difficile de croire que l'évolution dont nous avons parlé puisse s'opérer sans attirer sérieusement l'attention de la femme. Il en a été de même dans l'observation d'Oldham : seulement ici la malade était atteinte antérieurement de rétroflexion ; mais rien ne prouve que le déplacement existait encore au moment de la conception et qu'il ait persisté pendant toute la grossesse ; l'étiologie de la rétroversion nous montrera en effet que rarement le déplacement à l'état de vacuité a été constaté avant sa manifestation pendant la grossesse.

Restent les observations de Hecker et de Billi : dans toutes deux les symptômes rationnels de la rétroversion sont relatés pendant les premiers mois de la grossesse. Je ne veux pas dire que ces symptômes ne sont pas pathognomoniques, qu'ils ont pu être produits par d'autres causes, spécialement par un simple abaissement. Mais il faut remarquer que dans le premier cas, l'avortement a eu lieu au sixième mois, et que dans le second, la femme a accouché d'un enfant mort; chose singulière, cet enfant, supposé de 8 1/2 mois, pesait 8 1/2 livres et ne mesurait que 30 centimètres!

Je puis ajouter ici une observation *inédite* que M. le docteur Barnes a eu l'extrême obligeance de me communiquer il y a peu de jours.

« Le 20 avril 1873, dit-il, je fus appelé en consultation par les docteurs Elliot et Brinton chez une dame qui était en travail depuis quelques heures. Elle avait eu une seule grossesse antécédente qui s'était terminée par un avortement.

» Une semaine avant l'accouchement actuel, elle se plaignit de mal de tête, la face et les jambes s'enflèrent, et l'on constata de l'albumine et des globules sanguins dans l'urine. MM. Elliot et Brinton ne pouvant trouver un orifice utérin me firent chercher. Ils croyaient à une oblitération. (2) Un examen attentif révéla un seul cœur fœtal. Craignant un accès d'éclampsie, nous commençâmes par la chloroformisation. Je constatai alors que la paroi postérieure du vagin était fortement comprimée contre la paroi antérieure par une masse ferme et arrondie qui occupait la concavité du sacrum. Suivant la direction du

(1) *Dictionnaire de méd. et de chir. prat.*, tome XII, art. dystocie, par M. Stoltz, 1870 ; et tome XVII, art. grossesse, par le même, 1873.

(2) C'est ce qui arrive d'habitude alors, on croit à une oblitération ou à une grossesse gémellaire ; la première erreur avait eu lieu aussi dans le cas rapporté par le savant directeur de la Maternité de Bruxelles.

vagin, je sentis le col de la matrice, mou, entr'ouvert, au-dessus de la symphyse du pubis. Le doigt dans l'orifice utérin, je pus avec difficulté sentir une masse dure, arrondie, recouverte des membranes, que je crus être la tête du fœtus. Cette tête se trouvait tellement rapprochée de la masse décrite dans la cavité du sacrum que je pensais avoir affaire à deux têtes entreclavées. L'abdomen était de forme irrégulière, élargie transversalement, de sorte qu'on était porté à croire à une gestation double; il était facile d'imaginer que la tête d'un fœtus était dans le bassin, tandis que la tête de l'autre était dans l'abdomen au-dessus de la symphyse. J'essayai d'abord de repousser la masse pelvienne dans l'abdomen afin de saisir la tête qui se trouvait au-dessus du pubis : à mesure que cette masse remontait, le col de la matrice descendit vers le centre du bassin. Alors je pratiquai la dilatation du col à l'aide de mes dilatateurs hydrostatiques au point de pouvoir placer le forceps. Ainsi l'accouchement fut terminé; l'enfant était petit mais bien développé et vif. La mère se rétablit parfaitement. »

Ce cas, si intéressant à plusieurs points de vue, n'est pas plus de nature que les précédents à décider la question; bien qu'il y ait eu avortement à la première grossesse, aucun détail de celle-ci ne permet de conclure en faveur d'un déplacement qui se serait maintenu depuis le commencement jusqu'à terme.

La *revue de sciences médicales de Hayem* (t. IV, 2e fasc. p. 550) rapporte le résumé d'une observation de Füllenbaum (extraite du *Wiener med. Wochens.* p. 925) où l'on parle d'une rétroversion considérable de l'utérus au neuvième mois de la grossesse, mais le manque de détails ne permet aucun jugement sur ce nouvel exemple.

Ces seuls faits me paraissent peu concluants et ne me permettent pas de croire à une évolution aussi facile d'un utérus se développant dans l'excavation, et devant nécessairement troubler profondément les fonctions des autres viscères qui y sont contenus.

Au point de vue pratique, il ne sera pas plus permis à un médecin d'espérer ce résultat que d'attendre, à terme, une évolution spontanée en présence d'une présentation de l'épaule.

Je sépare donc complètement la rétroversion de l'utérus gravide de l'obliquité postérieure ou rétroversion partielle qu'on observe quelquefois au moment du travail, et, sans nier que cette anomalie puisse remonter au début de la gestation (ce qui certainement est excessivement rare), j'admets plutôt qu'elle se produit dans les derniers mois sans l'influence d'une des causes invoquées par Velpeau ou d'adhérences spéciales du col.

CHAPITRE PREMIER.

Résumé historique et bibliographique de la rétroversion de l'utérus pendant la grossesse.

Les anciens savaient que l'utérus peut se déplacer et causer alors divers accidents; les livres hippocratiques rapportent à ces changements de situation les vapeurs, les accidents hystériques, certains cas de stérilité; ils leur attribuent des douleurs diverses dans le ventre, les aines, les lombes, de la dysurie, etc. Mais pour le père de la médecine, non-seulement la matrice se place en travers, se jette sur l'ischion, sur les lombes, mais de plus voyage dans la cavité abdominale et même au-delà : « *quod si uteri circa hepar ac præcordia diutius immoventur, mulier suffocatur* (1). » Certains passages semblent se rapporter à la rétroversion : « *si uteri ad medios lumbos fuerint, dolor imum ventrem, deinde crura detinet, cumque ventris onus deponit acutiores suboriuntur, stercusque non nisi vi progreditur, urina guttatim fertur, et animo liquitur* (2). » Mais il s'agit de l'état de vacuité et, ni dans le passage relatif aux maladies des femmes enceintes ni dans celui qui s'occupe des causes d'avortement vers le troisième ou le quatrième mois, il n'est fait mention du déplacement de l'organe gestateur.

Aspasie et Philumène, dont différents écrits nous ont été transmis par Ætius (3), parlent des déplacements de la matrice qu'ils désignent par les mots *obliquité, rétropulsion, inclinaison* ou *renversement en arrière ou en bas* (*versus anum*), etc. Aspasie conseillait d'introduire un doigt dans l'anus pour repousser l'organe et dans d'autres cas de réduire par le vagin en ramenant le col dans sa position normale. A. Paré, Littre, Fabrice d'Aquapendente, Bénévoli, Morgagni, Roderic a Castro, en disent aussi quelques mots, spécialement le dernier sous les noms de *contorsio, aversio, reclinatio uteri;* le médecin portugais ajoute de plus à la méthode d'Aspasie, le conseil de se servir d'une sonde pour agir en même temps sur le col (4).

Tous ces auteurs ne parlent guère que des déplacements de l'utérus à l'état

(1) Hippocrate, *De morbis mulierum*, lib. I.

(2) *Id. De natura muliebri.*

(3) Ætius, *Quatrième discours de Tétralogie*, chap. 77, *Artis medicæ principes*, t. II, p. 819.

(4) Ambroise Paré, *Livre de la génération*, chap. 52, 1570; édit. Malgaigne, 1842. Roderigo de Castro, *De Universa morborum muliebrum medicina;* Hamburgi, 1628, lib. II, cap. 17, Littre. *Histoire de l'Académie des sciences de Paris*, 1704. Morgagni, *De sedibus et causis morborum*, 1748. Fabrice d'Aquapendente, *De chir. opera., ubi de vitiis quor. causa feminæ connubium non admittat.*

de vacuité ; Hippocrate cependant avait remarqué qu'après l'accouchement, la matrice peut s'incliner en arrière et qu'alors les lochies ne coulent plus et que différentes douleurs apparaissent aux lombes, aux aines, au bas-ventre, etc. Roderic a Castro dit même que la rétroversion est fréquente et grave chez les femmes enceintes : « *Si retro et infrà inclinat uterus..... prægnantibus frequens quidem ac difficilius est affectio...* (*Loc. cit.* p. 273).

Mais toutes ces notions restent vagues ; et nous devons arriver au milieu du XVIII^e^ siècle avant de constater des connaissances précises et des descriptions exactes établissant définitivement l'importance qu'on doit accorder, dans la pathologie de la grossesse, aux déplacements de l'organe gestateur.

Le mouvement eut lieu, à peu près en même temps, en Allemagne, en France et en Angleterre.

Une thèse soutenue à Dantzick en 1732 par Reynick rapporte l'observation suivante, qui, outre son intérêt historique, est un bel exemple de *rétroversion subite.*

Obs. II. — *Rétroversion méconnue; mort, autopsie;* par Reynick. — Le 28 avril 1731, la femme d'un militaire, âgée de 26 ans, au quatrième mois de sa grossesse fit un faux-pas, en portant un fardeau assez lourd sur son dos, et n'évita de tomber qu'en faisant un effort considérable. Rentrée à son logis, elle se plaignit d'une douleur dans la région des lombes et du pubis, et plus tard, ayant eu le besoin d'uriner, elle essaya vainement d'accomplir cette fonction. Son médecin ne lui procura aucun soulagement. L'urine continua à couler goutte à goutte pendant douze jours ; le ventre se tuméfia de plus en plus ; enfin la malade mourut le 8 septembre. L'autopsie donna les résultats suivants : Le ventre, par son volume, simulait une grossesse à terme ; la vessie distendue remplissait les régions hypogastrique et ombilicale ; la masse intestinale était refoulée en haut près du diaphragme. La vessie contenait vingt livres d'urine ; elle avait acquis un diamètre de deux pieds en hauteur et plus d'un pied en largeur ; elle avait, en remontant, décollé le péritoine et se trouvait ainsi en contact immédiat avec les muscles abdominaux ; ses parois, loin d'être amincies par la distension, avaient, au contraire, une épaisseur double de l'état normal. Les uretères et les calices étaient aussi notablement dilatés. L'utérus était profondément situé derrière la vessie ; une partie seulement de cet organe était visible ; un repli formé par la paroi supérieure du vagin en dérobait aux regards au moins le tiers. Cette portion de l'utérus était tombée dans la cavité inférieure du bassin où elle se trouvait retenue et comprimait fortement le col de la vessie. Il fut désenclavé, et l'on trouva dans son intérieur deux fœtus du sexe masculin.

La rétroversion fut appelée alors par Reynick *Delapsus.* (1)

(1) Reynick. *Dispositio medica de uteri delapsu, suppressionis urinæ et subsequente mortis causâ ; Gedani,* MDCCXXXII. Kulmus (Président de la thèse précédente). *Diss. de uteri delapsu, suppressionis urinæ et subs. mortis causa;* 1732 (*in Haller's collect. dissert. chir.* Bd. III, n° 87).

Quelques années plus tard, entre 1740 et 1750, nous voyons Grégoire, professeur d'accouchements à Paris, donner dans ses leçons la description des accidents dus à la rétroversion de l'utérus gravide et en rapporter un cas observé dans sa pratique; le chirurgien français donnait au déplacement le nom de *renversement*, mot auquel, disent les auteurs, Levret ajouta *transversal*, pour le distinguer de l'inversion qui survient quelquefois après l'accouchement et qui est encore appelée aujourd'hui renversement ; quelques autres disent de plus que Levret observa en 1743 un cas de rétroversion qu'il publia seulement en 1773. Cela est inexact. Cet illustre accoucheur publia, il est vrai, dans le tome XI, année 1773, de l'ancien *Journal de médecine, de chirurgie*, etc. un mémoire sur les déplacements de la matrice, mais n'y fit point mention de la rétroversion : ce travail est divisé en trois parties, la première s'occupe des descentes, la deuxième de l'antéversion et la troisième de l'allongement hypertrophique du col; la seconde partie est intitulée : *sur un déplacement de la matrice dont les auteurs n'ont point parlé* et contient trois observations d'antéversion de l'utérus *non* gravide, dont la deuxième date de 1743 ; à la page 279, citée par les auteurs susdits, Levret propose d'appeler ce cas : *renversement transversal ;* c'est donc à l'antéversion qu'il donnait cette dénomination et non pas à la rétroversion.

Il est juste cependant d'ajouter (ce que tous les auteurs parlant de la rétroversion ont omis) que déjà, en 1753, Levret signalait (*Art des accouchements*, p. 204 à 206) un déplacement de la matrice dans lequel cet organe « prend son accroissement en partie dans le vagin et en partie dans le passage supérieur du bassin. » Le col de la vessie est comprimé, dit-il, ne peut s'ouvrir : de là rétention d'urine et souvent incontinence par regorgement. Levret fait remarquer parfaitement que cet accident arrive spécialement aux femmes qui sont atteintes de descentes, survient dans les premiers mois de la grossesse, et se dissipe dans la deuxième moitié de la gestation. Il indique comme traitement le cathétérisme, et la possibilité pour la femme d'uriner plus facilement en penchant son corps en avant ou en repoussant au moyen des doigts le corps utérin qui comprime l'urètre (*suum cuique*).

Grégoire eut-il connaissance du travail du médecin allemand? Cela est fort douteux et l'on doit plutôt admettre la coïncidence qu'on remarque souvent dans les découvertes ou les observations faites en même temps de différents côtés. Toujours est-il que Grégoire était généralement regardé comme le premier observateur ayant traité convenablement le sujet et fixé sur l'accident l'attention spéciale des accoucheurs, lorsqu'en 1844, Lacroix dans sa thèse d'agrégation, revendiqua la priorité pour le chirurgien allemand.

Smellie parle également de différents cas de rétention d'urine dans les premiers mois de la grossesse, parmi lesquels plusieurs doivent être rapportés

à des rétroversions qui restèrent méconnues. Voici un cas non douteux.

Obs. III. — *Rétroversion à cinq mois de grossesse; avortement; mort*, par Smellie (1). — Une femme, au cinquième mois de sa grossesse, avait le fond de la matrice abaissé en arrière vers la partie inférieure du vagin; l'orifice de la matrice était en avant et intérieurement au-dessus de l'aine droite. Le col et la partie inférieure (de la vessie) étaient si comprimés, que la malade avait été plusieurs jours sans uriner. La vessie remontait jusqu'au scorbiculum cordis, et l'on y sentait une fluctuation semblable à celle de l'ascite. Le cathéter femelle était trop court, mais, au moyen du cathéter mâle, Smellie parvint à évacuer une grande quantité d'urine. Le lendemain, après une pareille opération, la femme fit une fausse couche, qui mit fin à la rétention d'urine. Mais la malade avait beaucoup dépéri faute de nourriture, et mourut trois jours après.

Le même déplacement ne me paraît pas douteux non plus dans les cas suivants.

Obs. IV. — *Rétroflexion de l'utérus gravide chez une primipare; succès du traitement symptomatique; récidive à la grossesse suivante. — Deux autres cas probablement identiques*, par Smellie (2). — Cet auteur fut appelé près d'une femme enceinte de son premier enfant, qui n'avait plus uriné du tout depuis trente heures, et n'urinait plus qu'avec peine et peu à la fois depuis plusieurs jours. Elle avait de fortes douleurs, mais fut immédiatement soulagée par le cathétérisme; elle fut ensuite saignée et on lui ordonna un lavement, car elle était aussi constipée. Le lendemain, la rétention d'urine s'était reproduite; le chirurgien trouva alors la matrice « si abaissée qu'on pouvait sentir toute la longueur de son col et la dilatation de son fond qui semblait remplir tout le pubis;..... par le rectum, il reconnut qu'elle était aussi fortement serrée contre l'os sacrum que contre les os pubis .» En appuyant le doigt contre le col utérin, il fit sortir un peu d'urine; cathétérisme, purgatif à la manne et au sel de Glauber, saignée nouvelle pour diminuer les douleurs et quelques symptômes de fièvre. Les symptômes s'amendèrent et il fallut continuer à introduire la sonde pendant douze jours encore, après lesquels la grossesse marcha régulièrement.

Vers la même époque de la grossesse suivante, des symptômes semblables se montrèrent de nouveau et furent pareillement enrayés.

Smellie a vu deux autres femmes atteintes du même accident vers le même temps de la gestation; ils durèrent quatorze jours et cédèrent au même traitement (cathétérisme, lavements, saignées).

La quarante-neuvième observation de De Lamotte peut aussi être rapportée au même déplacement; le traitement symptomatique fut couronné de succès.

(1) *Traité d'accouchements*, t. II, p. 146. Paris, 1777.
(2) *Loc. cit.*, t. II, p. 146.

Aux leçons de Grégoire assistait Walter Wall qui, de retour à Londres, eut l'occasion d'appliquer les connaissances qu'il avait recueillies à Paris; il reconnut la rétroversion mais, ne parvenant pas à réduire, il fit appeler William Hunter, qui n'eut pas plus de succès; voici, du reste, l'observation telle qu'elle a été rapportée par ce dernier.

Obs. V. — *Rétroversion irréductible; mort, autopsie;* par Wall et Hunter (1). — Une jeune femme de Londres, au quatrième mois de sa grossesse, eut une frayeur et éprouva une syncope; à la suite, grande difficulté pour uriner et aller à la selle qui augmenta les jours suivants.

Sept jours après, M. Wall, appelé, sonda la malade et donna issue à trois pintes d'urines; un lavement ne put pénétrer; le soir, nouveau cathétérisme qui retira une pinte d'urine rouge et sanguinolente; le toucher fut alors pratiqué par le vagin, le doigt, au lieu d'être dirigé en haut et en arrière vers le sacrum, dut être porté en haut et en avant vers le pubis, et ne put atteindre le col; mais il constata à la partie postérieure du vagin une tumeur énorme, et en complétant l'examen par le toucher rectal, il s'assura qu'elle siégeait entre le vagin et le rectum. Wall rapprocha ce fait de ceux que Grégoire appelait rétroversions. Il tenta en vain de réduire, puis appela Hunter. Celui-ci, en éloignant avec le doigt la tumeur du pubis, procura l'issue d'une grande quantité d'urine. Après avoir fait placer la malade sur les genoux et les coudes, il tenta de repousser le fond de l'utérus au moyen de deux doigts introduits dans le rectum, tandis que deux doigts de l'autre main essayaient par le vagin d'attirer le col en bas. Ces tentatives furent infructueuses et la malade succomba le lendemain.

A l'autopsie, la vessie distendue occupait la presque totalité de l'abdomen. L'utérus renversé dans le bassin, formait une tumeur arrondie qui soulevait le col de la vessie; le col utérin appuyait sur le bord supérieur du pubis; le fond, dirigé en bas et en arrière, pressait le rectum près de l'anus. L'utérus, renversé et gonflé, était incarcéré dans la cavité pelvienne à tel point, que pour le redresser, il fallut diviser la symphyse du pubis.

Hunter fit en 1771 un mémoire sur ce sujet et y rapporta, outre le cas précédent, un autre observé par Lynn, chirurgien de Woodbrigd, et qui est assez remarquable pour être rapporté en détail.

Obs. VI. — *Rétroversion irréductible; ponction de la vessie refusée; rupture de ce réservoir; avortement; mort*, par John Lynn (2). — Une femme de 40 ans, d'une constitution lâche, mère de plusieurs enfants, et enceinte de quatre mois, eut d'abord un renversement du vagin auquel elle était sujette depuis longtemps. Il y avait peu de jours que la tumeur était réduite, lorsque cette femme, ayant fait un faux pas, sentit quelque chose se déranger dans son ventre et lui tomber vers le bas du dos. Elle fut attaquée sur-le-champ de

(1) *Anatomia uteri gravidi, tabulis illustrata.* Londini, 1774.

(2) Hunter, in *Medical observations and inquiries*, t. IV. Londres, 1771. — Idem, *Icones de utero gravido*, tab. XVI.

constipation, de rétention d'urine, de nausées et de douleurs dans le ventre. Les moyens qui furent employés n'ayant pas produit de soulagement, Lynn soupçonna une rétroversion de la matrice et pratiqua le toucher. Il fut arrêté par une tumeur grosse comme la tête d'un enfant, laquelle occupait la partie postérieure du vagin et descendait jusqu'au périnée. Il voulut réduire le déplacement, fit placer la malade en diverses positions et introduisit les doigts d'une main dans le vagin, ceux de l'autre dans le rectum. L'usage de la sonde ne fut pas oublié, mais on ne put la pousser assez avant pour pénétrer dans la vessie. Les lavements étaient arrêtés dès l'entrée du rectum. Il y avait tension excessive du ventre et surtout à la région qu'occupe la vessie. On proposa de ponctionner le réservoir urinaire, mais la femme s'y opposa. Le septième jour de sa maladie, elle était très-affaiblie et fut prise de nausées et de hoquets, précurseurs de la gangrène; elle sentit quelque chose se crever dans son ventre; le calme qui succéda ranima son espérance : mais ce ne fut pas pour longtemps, car, après s'être délivrée de l'enfant qu'elle portait, elle tomba dans un grand accablement et mourut le lendemain.

On trouva, à l'ouverture du corps, la vessie gangrenée; une vaste déchirure avait livré passage dans le ventre à dix pintes d'urine environ.

Le même chirurgien rapporta dans les mémoires de la Société de médecine de Londres un autre cas non moins intéressant et qui se termina de la même façon que celui de Lynn.

Obs. VII. — *Rétroversion irréductible; ponction de la vessie refusée; rupture de ce réservoir; avortement, mort*, par W. Hunter. — Une pauvre femme, âgée de 40 ans, et grosse de trois mois et demi, eut une rétroversion de la matrice en glanant du blé. Bientôt après, elle ne put rendre son urine ni ses excréments; elle avait du ténesme, des nausées, beaucoup de douleurs.

Différents remèdes n'eurent aucun bon effet. La sonde put bien être introduite à un ou deux pouces dans l'urèthre, mais ne donna issue à aucune goutte d'urine. Assuré de l'existence de la rétroversion et ne pouvant la réduire, on fit de nouvelles tentatives de cathétérisme et l'on obtint une ou deux cuillerées d'urine très-colorée en mettant la malade en différentes positions. La ponction de la vessie fut jugée nécessaire mais refusée par la malade. Cette dernière devint plus faible, eut des nausées et le hoquet; le même jour, elle sentit quelque chose se crever dans son ventre; elle éprouva sur-le-champ une diminution de douleur, et annonça qu'elle allait faire une fausse couche. Elle la fit, en effet, promptement et presque sans douleurs; mais elle n'urina point. On la sonda alors avec la plus grande facilité; mais il ne sortit point d'urine, quoique la sonde fût dans la vessie, ce qui confirma l'opinion qu'on avait de la rupture de ce viscère. Cette femme mourut le lendemain, quatrième jour de la rétroversion.

On trouva neuf à dix pintes d'urine épanchée dans le ventre, la vessie flasque, vide et rompue près de son fond, de manière qu'on pouvait passer le doigt par cette crevasse, dont les bords étaient gangrenés. Tout le corps de la matrice était encore tellement porté en arrière qu'on vit aisément que son fond s'était placé entre le vagin et le rectum, et que son col appuyait sur les pubis.

Chopart, dans un voyage qu'il fit à Londres, se lia avec Hunter et prit connaissance de son travail ; en 1775, à son retour à Paris, il en fit l'objet d'une communication à l'Académie de chirurgie. Cette assemblée reçut également un mémoire de Deleurye, qui observa l'accident en 1760, 1767 et 1781.

Wauters, de Wetteren (en Flandre), publia en 1781 dans le tome LV de l'ancien *Journal de médecine*, etc. (p. 323), une observation intitulée : *Suppression d'urine causée par le renversement de la matrice* et que voici transcrite avec la suscription qui lui convient :

Obs. VIII. — *Deux avortements causés probablement par des rétroversions méconnues; nouveau déplacement au troisième mois d'une grossesse suivante; réduction par le procédé mixte; guérison*, par Wauters, médecin à Wetteren (Flandre). — L'épouse Bogaert, âgée de 35 ans, d'un tempérament sanguin, sujette à une descente de matrice, était enceinte de trois mois environ lorsqu'elle fut atteinte d'une suppression complète d'urine, de fréquentes envies d'uriner, de douleurs intermittentes très-vives, d'impossibilité d'aller à la selle et de mal au dos. Ces accidents s'étaient déjà présentés aux deux grossesses précédentes et s'étaient terminés par l'avortement. Cette fois dès le second jour, le 5 mai 1780, M. le docteur Wauters fut appelé, mais il méconnut à ce moment la cause et se contenta de faire une saignée.

Le lendemain, tout étant dans le même état, ce praticien voulut sonder, mais rencontrant un obstacle, il introduisit son doigt dans le vagin et trouva que le col de la matrice étant fort descendu, comprimait fortement l'urèthre contre la symphyse pubienne et que l'*osculum uteri* regardait obliquement l'extrémité inférieure de la même symphyse ; il s'aperçut d'une grande obliquité de la matrice, qu'il tâcha de redresser en la poussant par la partie postérieure du vagin ; n'y pouvant ainsi parvenir, il mit son index dans l'anus où il put constater que le rectum était comprimé et aplati contre le sacrum et le coccyx par le fond de la matrice : il poussa donc ce fond obliquement en haut vers le nombril ; lorsque le fond fut un peu avancé, en continuant à pousser, il tourna en même temps l'orifice de la matrice doucement en arrière; de cette façon la matrice fut redressée. Pendant cette manœuvre, l'urine s'écoula spontanément, et la sonde en retira encore quatre pintes. La vessie avait perdu son ressort et il fallut continuer à sonder jusqu'au 26, époque à laquelle la femme Bogaert a commencé à uriner seule. Pendant ce temps, elle resta au lit, le plus possible sur le dos ; on entretint la liberté du ventre et on donna des toniques ; la matrice descendait encore plus ou moins quand la femme faisait des mouvements ou des efforts, mais ne se courbait plus en arrière : M. Wauters alors la repoussait à sa place.

Le 12 novembre, la malade a accouché heureusement d'une fille très-bien portante.

Cette observation donna lieu aux *Réflexions de Segrétain*, de Laval, qui parurent dans le même journal, tome LVIII, 1782. Cet auteur critiquait non-seulement les mots de *renversement* de la matrice et de *suppression* d'urine, qu'il remplaçait par ceux plus exacts de *déviation* et *rétention*, mais aussi le mode

de traitement; il insistait spécialement sur la position sur les genoux et les coudes qu'on aurait dû donner à la femme Bogaert.

L'année suivante, en 1783, tome LIX. Desgranges, de Lyon, répondit à Segrétain, prit la défense de Wauters et publia une observation nouvelle qui est un bel exemple de rétroversion subite par cause directe; en voici un résumé exact :

Obs. IX. — *Rétroversion à trois mois et demi de grossesse; réduction par le vagin; emploi d'un pessaire après la réduction; guérison*, par Desgranges, de Lyon. — Une blanchisseuse d'un tempérament robuste et sanguin, enceinte pour la première fois de trois mois et demi, porta sous son bras, un chaudron très-lourd rempli de linges mouillés et l'appuya fortement sur son ventre en voulant le passer sous l'autre bras. Elle s'aperçut dès ce moment d'un dérangement dans son corps, ses mouvements en devinrent gênés et elle commença à éprouver quelques difficultés pour uriner; au bout de huit jours, la rétention d'urine fut complète; l'urine alors s'écoulait quelque peu par regorgement et la vessie formait à l'hypogastre une tumeur volumineuse et sensible; la malade souffrait dans toutes les positions, mais surtout couchée; douleurs aux lombes, aux hanches, aux aines, constipation opiniâtre. Le museau de tanche appuyait contre l'urèthre à sa naissance et ne permettait l'issue d'un peu d'urine qu'en se déplaçant par les variations d'attitude de la malade; le fond utérin était en arrière arc-bouté contre le rectum.

La sonde retira deux pintes d'urine; la réduction fut faite ensuite, mais non sans peine, en soulevant doucement le fond utérin en haut par une pression exercée sur la paroi postérieure du vagin.

Desgranges fit alors mettre la malade sur le côté, les genoux pliés et le tronc pour ainsi dire infléchi sur les cuisses; il plaça un pessaire qui ne tarda pas à devenir inutile. La grossesse arriva heureusement à terme.

Avec cette observation, Desgranges donna un résumé excessivement exact des symptômes propres à l'antéversion et à la rétroversion, de leurs causes et du traitement qui leur convient. Il proposa d'appeler ces déviations : *position horizontale de la matrice d'avant en arrière* ou *rétroversion* et *position horizontale d'arrière en avant* ou *antéversion; couchée* (cubatio) serait le terme générique et *redressement* le rétablissement dans la position normale.

En 1784, le tome LXI du même journal contint de *nouvelles* réflexions de Segrétain, tendant de nouveau à mettre en doute le renversement en arrière de l'utérus gravide. Il y avait de plus une observation nouvelle de rétroversion due à Vandorpe, de Courtrai, dans laquelle on voit que les réflexions de Segrétain et le travail de Desgranges avaient porté leurs fruits. Voici ce cas observé par notre compatriote et intéressant à plus d'un titre:

Obs. X. — *Rétroversion subite à trois mois et demi de grossesse; réduction difficile par le rectum, aidée par la position sur les genoux et les coudes; guérison*, par Vandorpe, de Courtrai (Flandre). — Le 9 mai 1783, M. Van-

dorpe fut appelé à Dotigny, village éloigné de deux lieues de Courtrai, pour une femme qui était au quatrième mois de sa grossesse et avait depuis dix-huit à vingt jours, une rétention incomplète d'urine, survenue à la suite de quelques travaux forcés. En tirant de l'eau d'un puits, elle sentit un changement dans la manière de rendre ses urines, une pesanteur sur le rectum, des douleurs sourdes au bas-ventre, aux lombes, dans la région des îles ; au bout de trois jours, la malade ne rendit plus d'urine, les douleurs devinrent très-fortes ; les envies d'uriner et d'aller à la selle furent très-pressantes sans pouvoir y satisfaire ; la région de la vessie se gonfla prodigieusement, alors un simple changement d'attitude, le plus léger mouvement, et surtout le moindre effort qui tendait à comprimer la vessie faisaient couler les urines par regorgement.

Le chirurgien constata que la région de la vessie formait une espèce de ballon assez dur qui s'élevait de deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; la rétention d'urine était évidente ; mais n'ayant pas de sonde, il porta un doigt dans le vagin, trouva une espèce de vide du côté du pubis et sentit un corps dur qui remplissait la cavité du vagin : en le comprimant, les urines coulèrent en assez grande quantité. L'*os tincæ* était placé très-haut derrière les pubis.

Le lendemain, l'état était le même et la vessie encore très-tendue, M. Vandorpe fit rendre de nouveau beaucoup d'urine, puis essaya de repousser le fond de la matrice. N'ayant pu réussir, il fit mettre la malade sur les genoux et les coudes (attitude recommandée par M. Segrétain), la tête beaucoup plus basse que le bassin. Il porta son doigt dans l'anus et s'en servit pour essayer de refouler le fond utérin logé et comprimé dans la courbure sacrée : il l'éleva sensiblement et constata par le vagin que le col était abaissé, mais la résistance étant très-grande, il passa une serviette pliée en triangle sous le bassin de la patiente (placée toujours dans la même attitude) ; le mari prit les deux chefs de cette bande pour élever le bassin afin de refouler les viscères abdominaux vers la poitrine. Le chirurgien reporta un doigt dans la même direction et parvint enfin à faire franchir à la matrice la résistance que lui opposait la saillie du promontoire. Aussitôt la femme sentit un mouvement, comme quelque chose se retourner dans son bas-ventre. Dès lors la matrice fut trouvée en place, et un pessaire en cuvette fut placé dans le vagin pour la maintenir. Des fomentations toniques et résolutives furent faites sur la région hypogastrique et la vessie reprit très-bien son ressort.

Trois jours après la femme eut quelques accidents nerveux qui furent conjurés par la liqueur d'Hoffman et le laudanum continués pendant deux à trois jours.

Dans la même année 1784, le frère de Baudelocque prit pour thèse *De la rétroversion de l'utérus pendant la grossesse* L'Académie de Paris mit alors la question au concours et couronna en 1785, le mémoire de Desgranges, de Lyon, qui n'a pas été publié mais dont la grande valeur peut être pressentie par l'excellence du travail qu'il avait déjà fait paraître deux ans auparavant.

On voit par tout ce qui précède que, si la nature de l'accident paraît avoir été bien déterminée en Allemagne d'abord, c'est au cours de Grégoire qu'on doit en rapporter la première description dogmatique et que le mérite de la

vulgarisation revient non-seulement à Hunter mais encore à plusieurs chirurgiens français et belges et à la sollicitude éclairée de l'Académie de médecine de Paris.

C'est le praticien anglais qui donna le premier le nom de rétroversion au déplacement en arrière du fond de l'utérus.

Différents travaux sur le même sujet parurent vers cette époque :

1. Saxtroph. *Sur la rétroflexion utérine* (*Societatis medicæ Hawniensis collectanea*, tome II, 1775).

2. Cuypers. *Diss. de retroversione uteri gravidi.* Lugduni Batavorum, 1777.

3. Ignatius Wlticzek. *Dissertatio de utero retroflexo morbo gravidis perniciosissimo.* Prague, 1777.

4. Wall. *Dissertatio de uteri gravidi retroversione.* Haloe, 1782.

5. Baumgartner. *Dissertatio de utero retroverso.* Argentorati, 1785.

6. Coekwell (W.). *Essai sur la rétroversion de l'utérus.* Londres, 1785.

7. Gruner. *De utero retroverso.* Iéna, 1787.

8. Gill. *Dissertatio de ista hernia uterinæ specie, quæ retroversio uteri vulgo dicitur.* Edimburgi, 1787.

9. Frédéric Jahn. *De utero retroverso.* Iéna, 1787.

10. Melitich. *Dissertation sur la rétroversion de la matrice.* Prague, 1790.

11. Murray. *Dissertatio (in uteri retroversionem animadversiones).* Upsaloe, 1797.

12. Lindblad. *Animadversiones in uteri retroversionem.* Upsaloe, 1797.

13. Herscheek. *Dissertatio de utero retroverso.* Halæ, 1799.

14. Verlmann. *Dissertatio de uteri gravidi retroversione.* Gœttingœ, 1799.

Moeller (*De Pronatione uteri post partum*, Marb, 1803), dit encore *reclinatio uteri* opposé à *pronatio* qui désigne l'antéversion.

Outre celles que nous avons rapportées plus haut, plusieurs observations furent publiées en Angleterre, par Johnson (1769); Hooper, Bird, Gartshore et Wilmer (1779); en Ecosse, par Evans, Swan et Purcell; en Allemagne, par Plencke (1775); Katzenberger (1779); Rogert (1779); Willich (1779), et Schoeffer (1784); dans les Pays-Bas, par Walter Van Doeveren, de Groninguc (1765); en France, dans l'ancien *Journal de médecine*, par Desgranges, tome LXVI, p. 65; par Dussaussois, tome LXVIII, p. 53; par Vermandois, tome LXXXVIII, p. 283; par Croft, tome LXXXVIII, p. 34.

Depuis le commencement de ce siècle, une série de thèses ont été écrites sur la rétroversion de l'utérus gravide et quelques mémoires ont été publiés sur le même sujet; la plupart des traités d'accouchements et des ouvrages qui s'occupent des maladies des femmes enceintes, lui consacrent une place importante; enfin les recueils périodiques ont rapporté d'assez nombreuses observations de ce déplacement, dont quelques-unes sont consignées dans ce travail.

En 1844, Lacroix eut, comme sujet de thèse pour le concours d'agrégation :

De l'antéversion et de la rétroversion de l'utérus; et en 1863, M. Salmon, dans les mêmes circonstances, traita exclusivement *de la rétroversion de l'utérus pendant la grossesse.* En 1859, l'Académie de médecine de Paris donna la rétroversion de l'utérus pendant la grossesse pour sujet du prix Capuron, et couronna le mémoire d'Elleaume. On doit s'étonner grandement de voir combien ce dernier ouvrage, publié en 1860 et assez complet, a eu peu de retentissement. En effet, M. Salmon, trois ans après, parlant dans son travail du concours établi en 1859 par l'Académie, prétend à tort que des mentions honorables ont seulement été données à des travaux qu'il n'a pas trouvés publiés. De plus, de toutes les thèses qui ont paru depuis cette époque, aucune ne cite le livre d'Elleaume, pas même celle de M. Curie (1869) qui donne cependant un index bibliographique des plus complets.

J'ai fait une mention séparée pour les mémoires de Lacroix, d'Elleaume et de Salmon, parce qu'ils sont les plus importants, on pourrait même dire les seuls importants : celui de M. Salmon est de beaucoup le plus remarquable. Je dois cependant ajouter qu'au point de vue clinique, le mémoire de Martin Jeune, de Lyon, présente le plus grand intérêt, car il ne contient pas moins de vingt-deux cas de rétroversion, la plupart observés par lui-même : douze cas pendant la grossesse ; deux, après un avortement ou un accouchement ; huit, avec une maladie de la matrice ou d'une annexe.

Voici maintenant la liste chronologique des travaux principaux, qui ont été publiés, depuis le commencement de ce siècle, sur la rétroversion de l'utérus pendant la grossesse :

1. *Antéversion et rétroversion de la matrice*, par Destrées ; thèse de doctorat. Paris, 1806 (11 floréal an XI), n° 252.

2. Baysselance, *Dissertation sur le renversement de la matrice.* Paris, 1806 (12 floréal an XI), n° 253.

3. Cortambert (R.). *Déplacements de l'utérus et de ses dépendances.* Paris, 1806 (16 messidor an XI), n° 308.

4. *Rétroversion de la matrice*, par France ; thèse de doctorat. Paris, 1806, n° 76.

5. *A dissertation on the retroversion of the womb*, by Merriman, S. Londres, 1810.

6. *De retroversione uteri*, auctor Buezinski. Vilnæ, 1811.

7. *Déplacement de la matrice pendant la grossesse et la suite de l'accouchement*, par Vidal ; thèse de doctorat. Paris, 1815, n° 246.

8. *Rétroversion de l'utérus*, par Gougis ; thèse de doctorat. Paris, 1817, n° 26.

9. *Mémoire sur la rétroversion de l'utérus*, par Bellanger, in *Revue médicale de Paris*, 1824.

10. Dreier, Soach, Lund. *De retroversione uteri.* Haoniæ, 1826.

11. *De la rétroversion*, par Bazin ; in *Annales de physiologie et d'anatomie*. 1827.

12. *Rétroversion de l'utérus*, par Quétier ; thèse de doctorat. Paris, 1828.

13. *Mémoire sur la rétroversion de l'utérus*, par Parent (de Beaune) ; in *Gazette médicale de Paris*. 1832.

14. *Mémoire de médecine et de chirurgie pratiques*, par Martin jeune (de Lyon). Paris, 1835.

15. *Mémoire sur la rétroversion de l'utérus dans l'état de grossesse*, par Amussat ; in *Journal de chirurgie de Malgaigne*. 1843, t. I.

16. *De l'antéversion et de la rétroversion de l'utérus*, par Edouard Lacroix. Paris, 1844.

17. *Des déplacements de l'utérus et spécialement de l'antéversion et de la rétroversion*, par Quioc ; thèse de doctorat. Paris, 1848, n° 130.

18. *De la rétroversion de la matrice pendant la grossesse* ; observation et réflexions, par M. Garin, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon ; in *Gazette médicale de Lyon*. 1851.

19. *De quelques déviations utérines, principalement de l'antéversion et de la rétroversion*, par Estèbes ; thèse de doctorat. Paris, 1853, n° 260.

20. Ramsbotham. *Rétroversion de la matrice chez les femmes enceintes. Med. times and Gaz.* 1853.

21. *Observations sur la rétroversion de l'utérus*, par M. le docteur Priou (de Nantes). Acad. de méd. de Paris, 30 août 1853.

22. Kuchenmeister. *Sur la rétroversion de la matrice dans l'état de grossesse avec inflexion du col. Wiener, Méd. Wochenschr.*, 1854.

23. Busch. *Rétroversion utérine* ; Geschlechts Leben des Weibs, t. III.

24. *De la rétroversion de la matrice dans l'état de grossesse*, par le docteur Martin (de Tonneins). *Gaz. des hôpit.*, 1857.

25. *De la rétroversion de l'utérus*, par Eug. Godefroy ; thèse de doctorat. Paris, 1858, n° 86.

26. *De la rétroversion de l'utérus dans l'état de grossesse*, par Négrier (d'Angers) ; in *Gazette médicale de Paris*, 1859.

27. Graves. *Rétroversion de l'utérus pendant le travail. Britisch med. journal*, 1859.

28. *De la rétroversion utérine dans l'état de grossesse*, par Elleaume. Paris, 1860.

29. Tyler Smith. *Recherches sur l'exactitude de la doctrine de Hunter sur la rétroversion de l'utérus gravide.* Transact. of the obstetr. society of London, 1861.

30. *De la rétroversion de l'utérus du troisième au cinquième mois de la grossesse*, par le docteur Godefroy, professeur d'accouchements à Rennes ; in *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, 1861.

31. *De la rétroversion utérine pendant la grossesse*, par Cottigny; thèse de doctorat. Paris 1862, n° 174.

32. *Rétroversion de l'utérus pendant la grossesse*, par Alph. Salmon (de Chartres); thèse d'agrégation. Paris, 1863.

33. Dickie. *Cas de rétroversion de l'utérus gravide. Edimb. med. J.*, 1863.

34. Hardy. *Trois cas de rétroversion de l'utérus.* Trans. of obstet. society of London, t. V.

35. *Des inclinaisons en arrière de l'utérus en état de gestation*, par Villiers-Herluison; thèse de doctorat. Paris, 1867, n° 114.

36. *De la rétroversion de l'utérus pendant la grossesse*, par Quod; thèse de doctorat. Strasbourg, 1868, n° 98.

37. *De la rétroversion de l'utérus pendant la grossesse*, par Cailletet. Paris, 1868, n° 134.

38. *De la rétroversion de l'utérus pendant la grossesse*, par Curie; thèse de doctorat. Paris, 1869, n° 5.

39. *De la rétroversion de l'utérus gravide*, par Herbet; thèse de doctorat. Paris, 1872, n° 95.

40. *On retroflexion of the uterus as a frequent cause of abortion*, by J. J. Philipps, assistant obstetric physician to Guy's Hospital and physician of the royal Maternity Charity. London, 1872.

41. *Cause de la rétroversion de l'utérus au moment de l'accouchement*, par E. Porro; in *Gaz. med. Ital. Lombardia*, n°s 9 et 10, 1874.

42. *Rétention d'urine produite par la rétroflexion de l'utérus gravide*, par M. Barnes; in *The Lancet* du 1er août 1874, II, p. 159.

43. *De la rétroflexion de l'utérus gravide*, par M. Puech; in *Gaz. obstét. de Paris* du 20 août 1874.

44. *Seize cas de rétroversion et rétroflexion de l'utérus gravide*, par E. Martin, à la Société Gynécol. de Berlin, 17 février 1874. (*Berlin Klin. Wochens*, 1874, n° 22, p. 264).

45. *De la rétroversion utérine pendant la grossesse, au point de vue du traitement*, par De France; thèse de doctorat. Paris, 1874, n° 237.

46. *Note sur un cas de rétroversion utérine puerpérale*, par le docteur Bailly, in *Arch. de Tocologie* de décembre 1874.

47. *Rétroversion de l'utérus gravide;* observation remarquable suivie de réflexions, par le docteur Bernutz; in *Arch. de Tocologie* de janvier 1875.

48. *Sur le prolapsus et la rétroversion de l'utérus, envisagés comme déplacements alternatifs dans le cours de la grossesse*, par Imlach. (*Édimburg méd. Journ.* Avril, 1875, p. 894.)

49. *Rétroversion de l'utérus gravide*, par Chambers. (*Trans. of the Obstetrical Soc. of London*, vol. XVI, p. 181, 1875.)

50. *Cas de rétroversion de l'utérus gravide*, par Simon et par Gervis.

(*Trans. of the Obstetrical Soc. of London*, vol. XVI, pp. 252, 254 et suiv.)

51. *Trois cas de rétention d'urine en rapport avec la rétroversion de l'utérus gravide*, par Hamon. (*Revue de thérapeutique*, du 15 juillet 1875.)

52. *Dans quels cas est-il indiqué de provoquer l'avortement ?* thèse d'agrégation de M. le docteur De Soyre. Paris, 1875, p. 173 et suiv.

Les traités d'accouchement qui consacrent un chapitre plus ou moins important à la rétroversion de l'utérus gravide sont ceux de Denman (1802), Maygrier (1814), Baudelocque (1815), Gardien (1816), Boivin (1817), Dugès (1827), Moreau (1838), Burns (1839), Chailly (1842), Jacquemier (1846), Vaust (1846), Nægele (1857), Cazeaux (1858), Scanzoni (1859), Joulin (1866), Hyernaux (1866), Hubert (1869), Saboia (1873), Pénard (1874), Schröder (1875).

On pourra lire aussi des articles de plus ou moins grande valeur dans le *Dictionnaire* en 60 volumes (t. 48, art. *Rétroversion*, 1820) ; dans l'abrégé de ce dictionnaire (t. 9, art. *Hystéroloxie*, 1825) ; dans le *Dictionnaire de médecine*, en 21 volumes (t. 21, art. *Utérus*, 1828) ; dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* d'Andral, Begin, etc. (art. *Rétroversion*) ; dans celui qui porte le même titre de M. Jaccoud (t. 17, art. *Grossesse*, 1873) ; dans les traités des maladies des femmes de Capuron (1817), Boivin et Dugès (1833), Churchill (1865), Courty (1866), etc. ; dans les manuels de médecine opératoire de Sabatier (1824), de Velpeau (1840), de Malgaigne (1842), etc. (1).

Enfin tout récemment M. Barnes, dans ses *Leçons sur les opérations obstétricales* (1873), et M. Depaul, dans ses *Leçons de clinique obstétricale* (1872-74), sont venus apporter à l'étude de ce sujet le large tribut de leur longue et savante expérience.

CHAPITRE DEUXIEME.

Fréquence.

La rétroversion de l'utérus pendant la grossesse ne semble pas très-fréquente. En considérant cependant les faibles moyens d'attache du corps utérin, l'augmentation de son volume, intéressant spécialement le fond et le segment postérieur pendant la première période de la gestation, le ramollissement des ligaments après la conception, les travaux pénibles et fatigants auxquels se livrent beaucoup de femmes enceintes, on devrait s'attendre à voir souvent chez elles des déplacements plus ou moins sérieux se produire, surtout en arrière. Il ne paraît pourtant pas en être ainsi et l'on est surpris d'apprendre que des accoucheurs très en renom n'ont observé, pendant une pratique fort longue et très-étendue, qu'un nombre fort restreint de rétroversions pendant la grossesse ; et cela est tellement vrai que M. Depaul a pu dire, à une séance de

(1) Les dates sont celles des éditions consultées.

l'Académie de médecine en 1853, que tous les accoucheurs présents en avaient à peine vu une demi-douzaine d'exemples. En lisant du reste tous les ouvrages spéciaux, ainsi que les traités d'accouchements qui s'occupent de la rétroversion, on s'aperçoit qu'ils ne renferment guère de cas nouveaux et que les auteurs invoquent peu leur observation personnelle. Doit-on croire que la rétroversion pendant la grossesse est aussi rare que ces faits tendraient à le démontrer? Ce serait, selon moi, une grave erreur, et je suis persuadé que l'accident est bien plus fréquent que beaucoup ne se l'imaginent. Cette idée, qui m'était d'abord venue par induction et par des raisons plus ou moins théoriques que je vais reproduire, s'appuie aujourd'hui sur des faits rapportés par plusieurs praticiens éminents.

D'abord la rétroversion pendant la grossesse peut passer inaperçue. Il en a été ainsi pendant des siècles, puisqu'elle n'a été bien connue et bien décrite que depuis le siècle dernier; les symptômes du reste n'en sont pas bien caractéristiques, et, sans un examen local bien fait, ils peuvent être rapportés à d'autres affections.

La rétention d'urine, par son importance, attire souvent seule l'attention des malades. La rareté des selles peut en imposer pour une constipation opiniâtre. Les douleurs, les contractions utérines, l'écoulement de sang, peuvent faire croire à un avortement; quelques symptômes généraux mêmes peuvent être mis sur le compte d'une fausse couche difficile ou d'un état nerveux particulier. Dans tous ces cas, au moyen d'un traitement symptomatique convenable, la réduction pourra se faire spontanément, plus souvent le produit de conception sera expulsé, et alors tout rentrera dans l'ordre : dans ces deux hypothèses, l'accident primitif restera méconnu.

On remarquera, du reste, que les fausses couches sont relativement fréquentes à la campagne et dans les faubourgs des grandes villes ; que ces fausses couches reconnaissent souvent pour causes des efforts ou des fatigues exagérées ; que les femmes qui en sont atteintes ont cependant une santé plus florissante que celles des classes plus élevées, où les fausses couches ne sont pas plus fréquentes et sont peut-être plus rares; qu'elles sont souvent atteintes de descentes de matrice ou de versions, suites du peu de soin qu'elles prennent après leurs couches; qu'enfin elles attendent souvent fort longtemps avant d'appeler même une sage-femme, et que cette dernière, trop souvent ignorante, méconnaîtra le déplacement, s'il existe : l'avortement a donc lieu et termine la scène.

Remarquons aussi que ces femmes n'iront à l'hôpital que si les accidents prennent des proportions importantes ; ce qui n'est pas l'ordinaire, puisque la fausse couche survient le plus souvent.

De plus, certains médecins non spécialistes n'accordent pas toujours à l'avortement l'importance qu'il comporte : s'ils touchent, et ce n'est pas toujours le cas, ils s'imaginent souvent qu'ils n'ont plus rien à rechercher dès qu'ils ont reconnu

l'état du col ; beaucoup enfin ne connaissent guère la rétroversion que de nom.

Je vais citer différents exemples à l'appui de ces allégations, qui paraîtront peut-être hasardées au premier abord.

Obs. XI. — *Rétroversion à trois mois et demi de grossesse ; succès du traitement de Denman ; par M. le professeur* Depaul (1). — Le 12 décembre 1872, la femme D... entre à la clinique étant enceinte de trois mois et demi environ. Elle avait été prise, il y avait près d'un mois, de rétention d'urine et pendant six jours elle n'avait pu en évacuer une seule goutte. Un médecin lui avait prescrit inutilement (on le comprend sans peine) deux grands bains et du chiendent avec du nitrate de potasse. Après le sixième jour, elle commença à perdre de l'urine involontairement au moindre mouvement ; cependant malgré ses efforts, quand elle se mettait sur le vase, elle ne parvenait à expulser qu'une très-petite quantité de liquide. Pendant ce temps le ventre avait pris un développement considérable qui frappa tout le monde quand elle vint à l'hôpital. On trouvait en effet dans l'abdomen une tumeur qui remontait à deux travers de doigt environ au-dessus de l'ombilic. Cette tumeur avait la forme d'un ovoïde dont l'extrémité supérieure était saillante en avant. On y percevait très-nettement la fluctuation, et il ne fut pas douteux un instant qu'on eût affaire à une vessie considérablement distendue.

Par le toucher vaginal on trouvait le fond de la matrice renversé en arrière et occupant toute la concavité du sacrum ; le col, qui avait les caractères d'un col de multipare, était repoussé en haut et appuyait contre la face postérieure de la symphyse pubienne.

Le cathétérisme fit immédiatement disparaître la tumeur abdominale et fut pratiqué plusieurs fois par jour jusqu'au 17 ; ce jour on put constater que le col utérin était plus facilement accessible tandis que le fond était manifestement remonté. Le soir même la malade put vider seule sa vessie, et le lendemain M. Depaul constata que la matrice avait repris sa position normale.

Cette femme quitta l'hôpital quelques jours après, complétement guérie. On sentait très-bien derrière la paroi abdominale le fond de la matrice, et l'on put même percevoir les battements du cœur fœtal.

Dans cette observation le praticien appelé d'abord n'avait trouvé d'autre indication que celle des diurétiques ; la cause de la rétention d'urine lui avait échappé ; dans le cas suivant une sage-femme et deux médecins, après un examen approfondi, déclarent la patiente atteinte de grossesse extra-utérine.

Obs. XII. — *Rétroversion de l'utérus à quatre mois et demi de grossesse ; redressement spontané du fond sans que le col puisse être déplacé ; péritonite, avortement, mort ; par M. le professeur* Depaul (2). — La femme T..., âgée de 32 ans, mère de cinq enfants eut ses dernières règles le 15 juin 1872. La première partie de cette sixième grossesse se passa assez régulièrement, à part une certaine difficulté dans l'émission de l'urine et une constipation opiniâtre. Dans les premiers jours d'octobre elle prit un purgatif ; dès lors la miction

(1) *Leçons de clinique obstétricale*. Paris, 1874. — Obs 5e de M. Depaul.

(2) *Leçons de clinique obstétricale*. Paris, 1874. — Obs. 4e de M. Depau .

devint très difficile sinon impossible; le ventre prit un développement rapide; la femme fut obligée de garder le lit; une soif ardente lui faisait absorber plusieurs litres de tisane par jour, et à cette époque déjà elle se sentait constamment mouillée par un liquide qui s'écoulait des parties génitales. Une sage-femme et deux médecins successivement consultés diagnostiquèrent, *après un examen approfondi*, une grossesse extra-utérine.

La femme T. . fut alors transportée à la clinique et examinée par M. Depaul. Une tumeur volumineuse soulevait les parois abdominales et s'élevait à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic; elle était fluctuante, surtout en haut; sa partie inférieure et moyenne était moins facilement appréciable à cause d'un œdème considérable de la région suspubienne; ses parois étaient très-minces; l'auscultation ne fit entendre aucun battement fœtal, mais bien un bruit analogue au souffle utérin. En comprimant cette poche, on déterminait l'évacuation plus abondante du liquide qui depuis un mois baignait constamment les organes génitaux. Le doigt introduit dans le vagin ne pouvait atteindre le col mais rencontrait dans la concavité sacrée une tumeur arrondie, mollasse, profondément engagée dans l'excavation; ces recherches déterminaient l'écoulement d'une plus grande quantité de liquide, qu'il était facile de reconnaître pour de l'urine. Par le cathétérisme on en retira trois litres et en même temps on vit la tumeur diminuer *progressivement* et disparaître. C'était donc bien la vessie qui avait soulevé les parois abdominales. De plus, le déplacement du col utérin en avant et la présence en arrière de la tumeur décrite parlaient suffisamment en faveur d'une rétroversion de la matrice distendue par une grossesse de quatre mois et demi à cinq mois. On pouvait remarquer de plus que la paroi antérieure du vagin était tiraillée et avait entraîné le méat urinaire profondément derrière la symphyse pubienne.

L'introduction de la sonde répétée deux fois par jour améliora considérablement l'état de la malade; mais la rétention d'urine persistait: les plus grands efforts pour uriner librement n'avaient aucun résultat, car le col utérin continuait à comprimer fortement le canal de l'urèthre en haut. C'est pourquoi, au bout de six jours d'expectation, M. Depaul résolut de réduire. Il fit respirer à la femme du chloroforme, pratiqua le cathétérisme, puis glissa les doigts de la main droite dans le vagin pour repousser le fond de la matrice au-dessus du détroit supérieur; mais il reconnut alors, à sa grande surprise, que ce redressement s'était exécuté spontanément. Seulement le col utérin était resté appliqué et fixé contre la partie supérieure de la symphyse pubienne au point que les doigts ne parvinrent pas à changer sa situation. En déprimant la paroi abdominale, on sentait profondément le fond de l'utérus qui s'élevait au dessus du détroit supérieur.

Pour éviter les sondages, une sonde de gomme élastique fut placée à demeure, mais la nuit suivante, la femme eut des frissons, de la fièvre, des douleurs abdominales et la sonde dut être retirée le lendemain. Des vomissement survinrent, l'abdomen se ballonna et 48 heures après l'intervention, le col fut trouvé en place, mais entr'ouvert et effacé. Le lendemain les symptômes péritonitiques s'accrurent; l'avortement se termina et deux jours après, la maladie ayant suivi une marche ascendante, la femme succomba.

A l'autopsie, un litre de pus dans la cavité péritonéale ; l'utérus, qui avait été trouvé réduit avant l'avortement, était de nouveau en rétroversion. Le fond de la matrice était placé *sous l'angle sacrovertébral*, qui présentait une crête assez prononcée ; la courbure sacrée parut exagérée. Parois vésicales très-épaisses ; réservoir quadruplé d'étendue ; col de la vessie rouge, légèrement œdématié ; parenchyme utérin normal.

Voici une observation très-remarquable de M. Hubert, dans laquelle un médecin et un chirurgien-accoucheur très-occupés ont méconnu longtemps le déplacement de l'utérus.

Obs XIII. — *Rétroversion à trois mois et demi de grossesse, longtemps méconnue; distension considérable de la vessie; mollesse extraordinaire de l'utérus déplacé, vaines tentatives de réduction; succès d'un nouveau procédé bipolaire; continuation de la grossesse; menaces d'une nouvelle rétroversion dans la grossesse suivante; par M. le professeur* L. J. Hubert, *de Louvain*(1). — La femme J..., de Basse-Wavre, mère de cinq enfants, grande et bien proportionnée, eut ses dernières règles du 20 au 25 mai 1870. Vers deux mois et demi à trois mois, elle perdit un peu de sang et vers la fin d'août, des maux de reins, de la constipation, des difficultés pour uriner, auxquelles succéda une incontinence d'urine, la forcèrent de consulter un médecin. Celui-ci réclama l'assistance d'un chirurgien qui depuis plus de 40 ans fait presque tous les accouchements à deux lieues à la ronde. Leur traitement purement médical n'empêcha pas les accidents d'aller en augmentant, et l'on s'adressa à un jeune praticien, qui reconnut la nature du mal et, malgré la distance (trois lieues et demie) et la difficulté du déplacement, crut devoir m'envoyer la malade. Elle m'arriva le 5 octobre et eut beaucoup de peine à descendre de la voiture qui l'amenait du chemin de fer chez moi. Elle répandait une odeur d'urine et sa chemise était toute mouillée.

A l'examen du ventre je trouvai une tumeur qui s'élevait à deux travers de doigt au-dessus du nombril. Elle était manifestement fluctuante et trop molle pour être constituée par un utérus gravide ou par un kyste ovarique. Je soupçonnai à l'instant qu'elle était formée par la vessie et que l'incontinence d'urine n'avait lieu que par trop plein. Je commençai donc par introduire une sonde et j'amenai deux pots de nuit de liquide. Il en résulta un soulagement considérable et immédiat. Restait à constater l'*origo malorum*.

L'hypogastre vidé, me permit de palper, assez profondément en arrière, et dépassant un peu le niveau du détroit supérieur, une tumeur assez ferme et un peu moins régulièrement arrondie que l'utérus gravide. (Peut-être l'organe un peu tordu sur son axe, offrait-il son bord et, avec lui, l'un des ligaments ronds ramenés en avant.)

Au toucher, je trouvai le col de la matrice tout à fait en avant et au niveau de la partie la *plus élevée* de la symphyse pubienne contre laquelle il se trouvait comprimé et infléchi. Dans le bassin et le remplissant tout à fait d'*avant en*

(1) Obs. 6e de M. Hubert.

arrière, mais descendant un peu moins bas que d'ordinaire dans une rétroversion portée à ce point, se trouvait une tumeur tellement molle qu'on eût dit une *poche de caoutchouc* remplie de liquide et se laissant déprimer plutôt que déplacer sous la pression des doigts. Cette souplesse me fit penser au cas que j'avais rencontré avec M. G... (V. *infra* obs. 1re de M. Hubert), mais elle était plus grande encore dans celui-ci et contrastait singulièrement avec la fermeté de la paroi utérine antérieure devenue supérieure.

D'après ce que je viens de dire, l'enclavement existait ici plus haut que d'ordinaire, presque au niveau du promontoire ou du moins de la première pièce du sacrum.

Je ne tentai pas une réduction qui paraissait devoir être difficile et qui eût réclamé des soins consécutifs qui ne pouvaient être donnés chez moi. J'écrivis au médecin d'y procéder sans retard, ajoutant que s'il ne réussissait pas, je me tenais à sa disposition. Je l'engageais à veiller entretemps aux fonctions de la vessie et du rectum. Les tentative n'ayant pas abouti, je fus appelé le 9 octobre.

A mon arrivée, je trouvai la femme J... levée et beaucoup moins souffrante que lors de sa visite chez moi. Dans certaines positions elle perdait encore des urines, mais dans d'autres elle la retenait et comme elle paraissait en émettre suffisamment, on ne l'avait plus sondée depuis deux jours. Cependant la vessie se trouvait aussi distendue qu'à mon premier examen, et le cathétérisme n'amena pas moins de liquide. L'exploration hypogastrique et vaginale me fournit exactement tous les renseignements indiqués plus haut.

La femme étant placée sur son flanc droit tout au bord de son lit, les cuisses fléchies, la gauche soulevée et soutenue par un aide, mon jeune confrère introduisit quatre doigts de la main droite et chercha à refouler le fond de la matrice. Il parvint à l'ébranler un peu mais non à lui faire franchir l'obstacle, et craignant de dépasser la limite de la prudence, il me pria de le remplacer. Je n'obtins d'abord guère plus de résultat, car la tumeur se laissait déprimer sous l'effort plutôt que déplacer en masse. J'étais même sur le point de borner là cette tentative, quand l'idée me vint d'enfoncer les doigts de la main gauche au-dessus du pubis, et de presser fortement sur le segment inférieur de la matrice en même temps que de l'autre main j'agissais en sens opposé sur son fond. Je sentis bientôt la résistance cesser des deux côtés, et dès lors le col se trouva reporté en arrière contre mes doigts, tandis que le fond venait former à l'hypogastre une saillie manifeste et grosse comme les deux poings. Dès lors aussi toute douleur et tout malaise avaient cessé.

La force que j'avais dû déployer aurait suffi chez certaines femmes pour déterminer l'avortement, mais il est des matrices qui résistent à tout, qui ne lâchent rien qu'à leur heure. Après un jour de repos, la femme J..., si nécessaire à son ménage, reprit ses occupations et ne cessa d'y vaquer jusqu'à son accouchement qui eut lieu le 25 *février* 1871. Or, du 9 octobre au 25 février il y a quatre mois et demi; la grossesse était *donc* très-exactement à mi-terme, quand j'opérai la réduction dont je viens de parler. En m'annonçant l'heureuse délivrance de sa femme, Mr J... ajoute : *l'enfant qui nous est né est un garçon fort robuste et bien bâti.*

Presque deux ans plus tard, le 5 février 1873, Mme J... accouchait de nou-

veau ; cette fois d'une fille. En me faisant part de l'événement, le mari m'apprenait qu'à trois mois de cette dernière grossesse, sa femme avait de nouveau éprouvé des troubles dans l'émission des urines, et que s'il ne l'avait pas sondée pendant quelques jours elle aurait pu avoir besoin de moi comme en 1871. C'est là une pensée qu'on lui a probablement suggérée, mais qui est en tout cas fort juste, car la rétention d'urine, effet d'un premier degré de déplacement, peut faire passer celui-ci au second degré.

Dans une autre observation que nous verrons plus loin, et que je dois au même éminent praticien, un accoucheur très-occupé et ayant au moins 25 ans de pratique, malgré les symptômes rationnels les plus évidents, méconnut le déplacement de l'utérus et prit la tumeur formée par le fond de cet organe pour une accumulation de matières fécales.

Dans l'observation suivante, comme dans l'obs. VI, un médecin prescrivit des boissons diurétiques.

Obs. XIV. — *Latérorétroversion à trois mois et demi de grossesse, guérison* ; par Martin, *jeune, de Lyon* (1). — La femme P..., enceinte de trois mois et demi, en se baissant pour ramasser quelque chose, éprouva dans le bassin une douleur suivie d'un besoin d'uriner qu'elle ne put satisfaire. Elle consulta Martin, le 9 décembre 1808, et, depuis un accident qui datait de plusieurs jours, elle ne rendait que quelques gouttes d'urine par regorgement et n'allait pas à la selle ; le ventre était fort douloureux, et la vessie formait une tumeur molle et fluctuante qui s'élevait jusqu'au-dessus de l'ombilic. Les boissons diurétiques et mucilagineuses ordonnées par un autre médecin ne faisaient qu'augmenter ses douleurs et accroître le volume du ventre.

La tumeur qui occupait la partie supérieure du vagin était plus volumineuse en arrière ; le col dévié un peu à gauche était difficilement accessible derrière le pubis.

La sonde de femme retira quatre pintes d'urine ; la réduction fut facilement exécutée avec deux doigts introduits dans le vagin. Des fomentations froides sur le ventre rendirent à la vessie son ressort et, après dix jours de repos au lit, la femme se leva. L'accouchement eut lieu cinq mois et demi après.

Une autre patiente, traitée par le même praticien, était demeurée soumise pendant vingt-huit jours aux mêmes prescriptions banales.

Obs. XV. — *Latérorétroversion à trois mois de grossesse, reconnue seulement après un mois ; évacuation incomplète de l'urine, insuccès du procédé de Grégoire ; réduction difficile au moyen de la main entière introduite dans le vagin ; récidive, réduction facile après avoir vidé complétement la vessie, guérison ;* par Martin, *jeune, de Lyon* (2). — La femme A..., âgée de 32 ans, pluripare, bien portante, enceinte de trois mois, se livrait aux travaux de son ménage, lorsqu'elle éprouva tout à coup un besoin pressant d'uriner qu'elle ne put satisfaire ; dès lors le ventre grossit, l'urine coula goutte à goutte et les selles

(1) *Loc. cit.*, obs. 8e.
(2) *Loc. cit.*, obs. 9e.

furent supprimées. Les diurétiques et apéritifs que lui conseillèrent aussi bien des gens de l'art que des commères et des charlatans ne firent qu'empirer son mal.

Vingt-huit jours après, le 5 mai 1800, Martin fut consulté. La vessie remontait jusqu'au-dessus de l'ombilic et les urines ne s'évacuaient que par regorgement. Une sonde de femme ne retira qu'une pinte d'urine ; deux doigts introduits dans le vagin reconnurent le fond de l'utérus en arrière et ne purent atteindre que la lèvre postérieure, devenue inférieure, du col qui était placé très-haut derrière le pubis et un peu à droite.

Deux doigts portés alternativement dans le vagin et dans le rectum ne purent soulever le fond de l'utérus. Comme le vagin était très-large, Martin y introduisit la main entière et alors, agissant avec plus de force, il parvint par degré à remettre l'organe en place ; le col de l'utérus fut retrouvé dans l'axe du vagin et un peu en arrière. La sonde de nouveau introduite fit couler au moins cinq pintes d'urine à l'aide de pressions exercées sur le ventre, car la vessie avait perdu sa contractilité. Quelques fomentations avec l'oxycrat froid lui rendirent du reste rapidement son ressort.

Mais quinze jours après, le repos n'ayant pas été gardé, il survint une nouvelle rétroversion, que Martin réduisit *facilement*, après avoir vidé *complétement* la vessie avec une *sonde d'homme*.

Dans l'observation suivante le médecin ordinaire de la malade méconnaît pendant vingt jours la cause des accidents et il faut qu'un consultant vienne la découvrir.

Obs. XVI. — *Rétroversion au quatrième mois de la grossesse, méconnue pendant vingt jours ; distension énorme de la vessie ; vaines tentatives de réduction avant de vider complétement ce réservoir ; emploi du poing pour réduire, guérison ;* par Gérard (1). — Une femme de 36 ans, de taille moyenne, de bonne constitution, ayant déjà eu sept accouchements faciles, éprouve au quatrième mois de sa huitième grossesse des douleurs plus ou moins fixes à l'hypogastre, dans le bassin, vers les lombes, le sacrum et le trajet du nerf sciatique droit ; puis, difficulté pour uriner, aller à la selle, rester debout ; enfin anxiété, fréquence du pouls, inappétence, insomnie. Les symptômes, dont la cause reste ignorée, s'aggravent pendant vingt jours. Gérard, appelé en consultation, trouve l'abdomen distendu comme à huit mois de grossesse, mat à la percussion ; parties génitales, hypogastre, cuisses infiltrées ; un peu d'urine s'écoule dans certaines positions, mais depuis trois jours la femme n'urine plus et ne va plus à la selle ; beaucoup d'anxiété, d'agitation ; nausées sans vomissements. La muqueuse vaginale refoulée forme une tumeur grosse comme un œuf de poule à la partie postérieure et inférieure du vagin. Au toucher, Gérard constate que l'excavation est occupée par un corps mou, élastique, compressible, où l'on sent distinctement les mouvements du fœtus ; c'est le fond utérin qui semble menacer de s'échapper par la vulve, le périnée ou l'anus. La lèvre actuellement inférieure du col est difficile à atteindre à la

(1) *Annales de chirurgie*, t. V, 1842.

partie supérieure, interne et médiane du pubis. Le méat urinaire, caché derrière le bord inférieur du pubis, où il est comprimé par l'utérus, se découvre difficilement. La sonde donne issue à quatre litres d'urine ammoniacale; quelques heures après à deux autres litres, et le lendemain, à six, mais par des pressions abdominales aidant le cathétérisme, car plusieurs fois l'urine cesse de couler, soit à cause de la quantité de ce liquide contenue dans les urétères, soit par suite de la compression de la vessie dans certains points par l'utérus ou par l'intestin. Dès lors, la réduction, *essayée plusieurs fois*, réussit : la femme est placée sur les genoux et les coudes, Gérard introduit la main dans le vagin et repousse avec le poing, et en peu d'instants, l'utérus dans sa position normale.

Les *Archives générales de médecine* ont publié en 1831 un cas où la femme et un officier de santé attendaient depuis dix-sept jours un avortement, qu'un habile praticien évita en reconnaissant la rétroversion et en y portant remède; en voici les points principaux :

Obs. XVII. — *Rétroversion à quatre mois de grossesse, méconnue pendant dix-sept jours; sortie de l'urine en déplaçant la matrice; réduction par le rectum; guérison; par* Rolland. — Une femme de 29 ans, à quatre mois de sa troisième grossesse éprouvait quelque difficulté d'uriner; un jour, à son réveil, elle se plaint de coliques violentes, d'une pesanteur douloureuse vers l'épigastre et d'un besoin pressant d'uriner qu'elle ne peut satisfaire. Cette rétention d'urine continue sept jours avec fièvre, augmentation du volume du ventre et apparition à la vulve d'une tumeur grosse comme la tête d'un enfant. Les grandes lèvres s'œdématient, le périnée est repoussé en dehors. La femme et un officier de santé croient à un avortement. Cet état se prolonge dix-sept jours; M. Rolland, alors appelé, reconnaît la tumeur formée par la vessie à l'hypogastre et la rétroversion utérine.

Les essais de réduction tentés dans la position horizontale ne réussissent qu'à faire sortir un peu d'urine; la femme est alors placée sur les genoux et les coudes; Rolland introduit deux doigts de la main gauche dans le rectum, soutient avec la main droite, placée au devant de la vulve, la tumeur qu'occupe cette partie et essaie la réduction. L'urine sort à flots par un jet de la grosseur du petit doigt, et qui continue sept à huit minutes, et Rolland parvient à réduire l'utérus. La sonde retire encore cinq demi-setiers d'une urine sanguinolente. Le séjour au lit, des applications et injections astringentes permettent, dès le vingtième jour, à la femme de rendre et de retenir l'urine à volonté. La grossesse continue heureusement son cours.

Le cas suivant nous montre un praticien croyant à une affection nerveuse :

Obs. XVIII. — *Rétroversion prise pour une affection nerveuse; col dilaté; saillie du promontoire; réduction au moyen de deux doigts introduits dans le rectum; guérison; par* M. Godefroy, *professeur d'accouchements à Rennes* (1). — Mme G..., primipare au quatrième mois de sa grossesse, ressentait depuis

(1) Thèse de M. Godefroy fils. Obs. 4e de M. Godefroy.

quelques jours des coliques et des difficultés pour uriner, lorsque le 25 février 1846, il lui fut tout à fait impossible d'y parvenir. Un médecin crut à une affection nerveuse.

M. Godefroy, appelé deux jours après, trouva la malade sur son lit, roulée sur elle-même, le pouls petit, le ventre sensible, la peau chaude, la langue sèche; à peine la touchait-on qu'elle jetait des cris. M. Godefroy constata la rétroversion de l'utérus, dont le col était assez dilaté pour permettre l'introduction d'un doigt. La sonde évacua deux litres d'urine.

La femme fut, dans ce cas, placée à genoux et la poitrine appuyée sur le lit, pour élever aussi le siége. Deux doigts furent introduits immédiatement dans le rectum et, après quelques minutes d'efforts, refoulèrent l'organe.

Pendant cette manœuvre, M. Godefroy pu constater une énorme saillie de l'angle sacro-vertébral et une concavité exagérée du sacrum.

Soins consécutifs ordinaires; le lendemain douze sangsues sur le ventre, qui est un peu sensible, cataplasme émollient, bain entier tiède. Le col se referme et trois jours après tout rentre dans l'ordre.

Dans une autre observation, rapportée par le même habile accoucheur, un médecin sonde et méconnaît le déplacement; un autre ordonne du nitrate de potasse. La voici également résumée :

Obs. XIX. — *Rétroversion chez une primipare enceinte de quatre mois, méconnue par deux médecins; réduction par le procédé particulier à l'auteur; guérison; par* M. Godefroy, *de Rennes* (1). — Mme B..., 22 ans, primipare, enceinte de quatre mois, se livrant aux rudes travaux des champs, fut prise, le 16 avril 1859, après un effort, de difficultés pour uriner et aller à la selle. Quatre jours après, la rétention d'urine est complète; un médecin est appelé, sonde, méconnaît le déplacement et prescrit des remèdes insignifiants; un autre ordonne du nitrate de potasse.

Enfin le 2 mai, le mari, croyant à un avortement, appelle M. Godefroy; celui-ci trouve la malade à genoux sur son lit, se livrant incessamment à des efforts d'expulsion qui amènent une très petite quantité d'urine. Depuis huit jours la malade n'a plus uriné dans son vase de nuit; la vessie remonte jusqu'à l'ombilic, la vulve est tuméfiée, la muqueuse violacée; le méat urinaire retiré profondément au-dessous du pubis. La face est vultueuse et exprime l'anxiété la plus vive, cette femme se croyant sur le point de mourir.

Le corps de l'utérus remplit toute l'excavation; le fond appuie fortement sur le coccyx et le col correspond à la partie supérieure du pubis; c'est à peine si on peut légèrement en atteindre la lèvre postérieure.

Le cathétérisme donne issue à six litres d'urine et la femme est soulagée aussitôt au point de se croire guérie. Après quelques instants de repos, M. Godefroy fit placer la malade sur le bord de son lit, la tête et les mains appuyées sur le sol, les cuisses et les jambes reposant seules sur le lit. Après quinze minutes de cette position pour donner aux intestins le temps de se masser au diaphragme, l'opérateur se plaça sur le bord du lit, à la gauche de la

(1) Mémoire. Obs. 5e de M. Godefroy.

patiente et introduisit dans le rectum quatre doigts graissés de la main droite; pressant alors avec la pulpe des doigts sur le fond de l'utérus, il lui fit progressivement parcourir toute la face antérieure du sacrum; arrivé à l'angle sacro-vertébral, il y eut un petit temps d'arrêt dans le mouvement ascensionnel du viscère, mais, en employant un peu plus de force, cet obstacle, le seul véritable dans cette position de la malade, fut promptement franchi. La manœuvre dura cinq minutes environ; le col était bien au centre du bassin.

Après trois jours de soins ordinaires, la femme reprit ses occupations; elle accoucha au terme normal de la grossesse.

Dans un cas que nous verrons plus loin, M. Martin (de Tonneins) fut appelé par un médecin qui croyait à une grossesse pénible; dans le suivant, rapporté par Schmitt, de Vienne, en 1820, l'erreur fut plus grossière : une accoucheuse prit le fond utérin pour la tête d'un enfant et chercha à l'extraire; l'accoucheur de la maison méconnut aussi le déplacement et crut à un avortement pur et simple.

Obs. XX. — *Utérus rétroversé pris pour la tête d'un fœtus; avortement, réduction spontanée*; par G. Schmitt, de Vienne. — Une bourgeoise, forte, bien portante, qui avait déjà eu onze couches heureuses, était au troisième mois d'une nouvelle grossesse; après une promenade un peu longue, elle fut prise de fortes douleurs, d'hémorrhagie et d'autres signes d'avortement. Une sage-femme fut appelée, qui, ayant rencontré un corps arrondi dans le vagin, eut la maladresse de le prendre pour la tête d'un enfant, le saisit et tira dessus sans pouvoir l'amener au dehors.

Le médecin accoucheur de la maison méconnut aussi la nature de la tumeur et laissa à la nature le temps de compléter l'avortement. Ce dernier eut lieu, mais quand la femme voulut se lever, elle éprouva de la pesanteur dans le bassin avec tiraillement comme si quelque chose eût descendu, et n'alla à la selle qu'avec la plus grande difficulté. Le docteur Schmitt, appelé dix jours après la fausse couche, trouva l'utérus recourbé comme une retorte : l'orifice était situé contre l'arcade pubienne, tandis que le corps se trouvait enfoncé dans la cavité pelvienne contre le rectum. Comme l'émission des urines était libre et l'utérus très-sensible, le docteur Schmitt ne tenta point de réduire, et se contenta de recommander le coucher latéral et même le plus souvent possible, la position sur le ventre. Le médecin ordinaire, aussitôt la disparition de la sensibilité de la matrice, devait introduire deux doigts dans le vagin et faire tous les jours quelques légères tentatives de réduction.

Ce ne fut que quarante-deux jours après l'emploi de ces moyens que la réduction fut complète. On voulut faire porter alors un pessaire, mais la malade ne le supporta que deux jours. On prescrivit ensuite des injections avec une décoction d'écorces de chêne, qui produisirent un bon effet. Les règles reparurent bientôt, et depuis lors cette femme a eu deux couches heureuses.

Le cas qu'on va lire est plus incroyable encore : un médecin prend l'utérus rétroversé pour une môle et opère diverses tractions pour l'extraire!

Obs. XXI. — *Utérus rétroversé pris pour une môle; rupture du vagin; mort, autopsie;* par M. Greuser, de Dresde (1). — Une sage-femme fut appelée le soir, auprès d'une femme logée dans une misérable cabane, et couchée sur la paille. Cette malheureuse se plaignait d'un sentiment de forte pression, de ténesmes dans le bas-ventre, de douleurs au sacrum et de constipation. Un médecin arriva à huit heures. Le visage de la malade était décomposé, pâle; le pouls très-petit; elle se plaignait de violentes douleurs et perdait du sang par la vulve. Présumant que la tumeur était une môle, le médecin se mit à la tirer en divers sens : pendant ces tractions, il s'écoula environ deux litres d'eau, les douleurs et l'hémorrhagie s'accrurent. Un docteur en médecine fut requis, et reconnut une rétroversion de la matrice; à minuit, la patiente mourut.

On trouva à l'autopsie une tumeur grosse comme la tête d'un enfant, faisant issue hors de la vulve. Cette tumeur était formée par les ovaires et tout le corps de l'utérus qui faisaient hernie à travers une déchirure de la paroi postérieure du vagin. La matrice était renversée en arrière de telle sorte que son col était encore contenu dans le bassin, elle contenait un embryon de la grosseur d'un œuf de poule. Le rectum était d'un rouge intense; la vessie, vide, était injectée à sa partie inférieure.

Dans le cas suivant l'erreur de diagnostic était inévitable au moment de l'entrée de la malade à l'hôpital; si l'autopsie n'avait pas été convenablement pratiquée, personne n'aurait même probablement soupçonné la cause de tous ces maux : les symptômes de la péritonite, suite du déplacement utérin abandonné à lui-même, masquaient complétement les autres et empêchaient, pendant la vie, tout examen local.

Obs. XXII. — *Rétroversion prise pour une péritonite; mort, autopsie;* par Gougis (2). — Une femme, de 26 ans, très-forte, mariée depuis quelques mois, occupée à des travaux pénibles, éprouvait depuis quelque temps des douleurs dans les lombes et à l'hypogastre, quelquefois de la constipation et de la douleur en urinant, lorsque le 14 mars 1815, enceinte de trois mois environ, ayant sur le dos un sac très-pesant, elle fit une chute. Dans le même moment, douleur vive à l'hypogastre avec un sentiment de déchirement dans les lombes; elle fut conduite chez elle. Depuis ce temps jusqu'au 17 du même mois qu'on l'amena à l'hôpital, elle avait beaucoup souffert : constipation opiniâtre, impossibilité d'uriner, sentiment d'un poids insupportable au fondement, fièvre continue. Gougis constata : ventre généralement douloureux, surtout en bas, tendu, rénittent; douleur atroce au fondement et vers le pubis; impossibilité d'uriner et d'aller à la selle; sentiment de chaleur interne et cuissons douloureuses dans l'intérieur des parties génitales, avec gonflement considérable des grandes lèvres et des environs de la vulve; pouls vif, fréquent, très-serré; chaleur de la peau très-intense; respiration fréquente, pénible; nausées, etc. On crut à une péritonite aiguë, sans comprendre l'état des parties génitales

(1) *Monatschrift für geburtskunde, etc.* Berlin, 1857.

(2) Gougis, *Thèse de Paris*, 1817. Obs. Ire.

(bains, sangsues, fomentations émollientes). Le toucher est impossible à cause des douleurs atroces qu'il occasionne. Le méat urinaire est difficile à trouver dans les parties engorgées, et la sonde ne peut être introduite, quelque direction qu'on lui donne.

Le 18, hoquet, continuation des rétentions d'urine et de matière fécale. En voulant de nouveau sonder, on trouve un corps dur dans le vagin et l'on croit à une chute de matrice.

Le 19, l'état général est aggravé ; on sent de la fluctuation dans le ventre, on soupçonne une rupture de la vessie. La femme expire à 5 heures du soir (cinq jours après l'accident).

On trouva, à l'autopsie, le péritoine rouge et enflammé dans tous ses points, surtout en bas ; vers la vessie et le rectum, épanchement de deux pintes d'un liquide séro-sanguinolent ; la vessie dépassait le pubis et ne contenait pas plus d'une pinte d'urine. L'utérus remplissait en entier toute l'excavation, de telle sorte que son fond répondait à la concavité du sacrum et son col pressait fortement contre la partie moyenne du pubis le col de la vessie, qui parut enflammé. L'utérus était enclavé au point qu'il fallut, pour en opérer le déplacement, introduire la main dans le vagin pour soulever le fond, tandis qu'on pressait en haut sur le col. La partie supérieure du rectum et l'S du colon étaient remplies de matières fécales très-dures. La matrice contenait un fœtus, dont le volume parut coïncider avec ce qu'avait dit la mère.

De même que dans cette observation et dans celle de Reynick rapportée précédemment (Obs. II), il fallut aussi un examen minutieux *post mortem* pour découvrir le déplacement de l'utérus dans le cas suivant :

Obs. XXIII. — *Rétroflexion méconnue ; mort, autopsie ;* par Wtlczek (1). — Une femme de 27 ans éprouva, au milieu du troisième mois de sa grossesse, une difficulté d'uriner et d'aller à la selle, qui augmenta progressivement. Au commencement du quatrième mois, elle ressentit par intervalle des douleurs dans les lombes, les hanches et le bassin. La sage-femme trouva l'orifice utérin très-élevé, et, à la partie postérieure du vagin, une tumeur dure, qu'elle prit pour un amas de matières stercorales. La malade ne pouvait aller à la selle sans lavements, et ceux-ci pénétraient très-difficilement.

L'urine coulait goutte à goutte ; le ventre était très-dur et développé comme à sept mois de grossesse. A la fin du quatrième mois, les souffrances furent si aiguës, qu'on crut à un avortement prochain ; on se livra à des manœuvres de dilatation sur les parties génitales ; la fièvre ne tarda pas à se développer, et la malade succomba.

Voici ce que l'on constata à l'autopsie : vagin presque entièrement fermé par une tumeur située en arrière ; orifice utérin très-élevé, à peine acessible au toucher ; vessie énormément développée, remontant jusqu'à l'ombilic, enflammée, ulcérée ainsi que les intestins. Le corps de l'utérus était infléchi au voisinage de son col, courbé en arrière et en bas, entre le rectum et le vagin, et abaissé presque jusqu'au périnée ; le col, courbé sous un angle très-aigu

(1) Cusco, *Thèse d'agrégation*. Paris, 1853.

d'avant en arrière, était très-allongé ; la tête du fœtus était tournée vers le périnée; le placenta s'implantait au fond de l'organe.

Bien peu de praticiens auraient pensé à un déplacement possible de l'utérus dans le cas suivant rapporté par le savant professeur de Nancy :

Obs. XXIV. — *Rétroversion à quatre mois de grossesse annoncée seulement par des vomissements incoercibles; réduction, guérison ;* par M. le professeur Stoltz (1). — M. Stoltz fut appelé près d'une jeune dame, mariée depuis trois ans, dont les règles n'avaient point paru depuis quatre mois. On la croyait enceinte et elle l'était en effet. Cependant son mari assura qu'il n'avait jamais pu faire pénétrer sa verge dans l'intérieur du vagin. Cette dame avait chaque matin des vomissements incoercibles qui l'affectaient de la manière la plus pénible. M. Stoltz la toucha, et remarqua que, malgré son état, l'hymen était à peu près intact. Il le fendit avec des ciseaux, reconnut une rétroversion de l'utérus qu'il remit en place, et l'accouchement se fit parfaitement.

Combien facilement, et d'une toute autre façon que la vraie, n'aurait-on pas expliqué les avortements répétés des femmes observées par MM. Barnes et Phillips, dont nous parlerons plus loin ! N'est-il pas aussi évident que si Martin n'avait pas examiné par le toucher l'épouse D... (dont l'observation est relatée plus bas), tout ce qui s'est passé aurait eu lieu exactement de la même manière, attendu que dès qu'on est consulté pour une fausse couche la première recommandation est le décubitus dorsal, et personne n'aurait soupçonné la rétroversion.

J'ai dit que beaucoup de praticiens ne connaissent la rétroversion que de nom et encore... Que penser par exemple du fait suivant ?

Obs. XXV. — *Anasarque par rétention mécanique de l'urine*, par M. Balp (2). — Femme de 25 ans, bien constituée, enceinte de trois mois, qui depuis dix jours enflait graduellement. Anasarque énorme, phlyctènes à l'intérieur des grandes lèvres, urine par regorgement, anxiété et agitation excessive.

M. Balp croyant à une paralysie de la vessie, pratique le cathétérisme, qui présente comme particularité un obstacle assez résistant du col de la vessie; 4,900 grammes d'urine fétide et trouble. Tout s'apaise; mais bientôt tous les symptômes se reproduisent : second cathétérisme; ainsi de suite pendant plusieurs jours, jusqu'à ce qu'un avortement arrive, qui permet à l'utérus *rétroversé* de reprendre sa position naturelle et à l'urine de s'éliminer normalement.

L'auteur ne me paraît pas s'être douté qu'il y avait un moyen de faire disparaître « l'obstacle mécanique à l'excrétion de l'urine, » et d'éviter l'avortement. Le mot rétroversion ne se trouve même pas dans l'observation suivante : la chose est cependant assez claire, et si le résultat a été plus heureux que dans le cas précédent, c'est que la nature est une très-bonne mère.

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1857.
(2) *Abeille médicale*, 1872, n° 11.

Obs. XXVI. — *Observation de rétention d'urine au quatrième mois de la grossesse, durant trois semaines et occasionnant des symptômes assez rares de compression des organes voisins*, par M. le docteur Garnier (1). — Le 21 novembre 1871, M. Garnier fut appelé dans la banlieue de la ville du Mans pour une femme de 31 ans, enceinte pour la première fois de quatre mois et demi et enflée depuis trois semaines.

Elle était étendue sur le dos, accusait des douleurs très-vives dans l'abdomen, surtout au niveau des fosses iliaques. La vessie formait une tumeur globuleuse remontant à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic; il y avait œdème des membres inférieurs, des grandes lèvres, de la peau du ventre; *la vulve était en partie oblitérée par une saillie considérable de la paroi postérieure vaginale.* (L'auteur n'a pas recherché la cause de cette saillie ou du moins ne le dit pas).

Trois semaines auparavant, la patiente avait été réveillée une nuit par le besoin d'uriner et n'avait pu satisfaire ce besoin : pendant deux jours, elle se livra à de vains efforts, puis commença à uriner goutte à goutte. Elle souffrait dans le ventre et n'allait pas ou presque pas à la selle; cependant elle continuait à travailler et apportait tous les jours le lait en ville (2 kilomètres); après quelques jours, les pieds enflèrent, puis les autres parties suivirent.

Depuis deux jours, les urines avaient complétement cessé de couler et la malade gardait le lit. M. Garnier diagnostiqua une rétention d'urine (comme on diagnostique une toux ou un point de côté...); il sonda et retira deux litres d'urine normale, sans albumine; mais, au bout de quelques heures, de nouvelles douleurs abdominales se firent sentir et la nuit fut très-mauvaise. Quatorze heures après le premier cathétérisme, il retira la même quantité d'urine et constata une diminution notable dans l'œdème; au bout de quelques heures, la vessie était de nouveau pleine.

Le lendemain, quarante-huit heures après la première visite, les urines étaient sanguinolentes, elle furent sanglantes même et cela dura deux jours, puis elles redevinrent normales.

Au bout de six jours, la fièvre persistait toujours malgré le sulfate de quinine et les toniques de toute nature; les évacuations, très-difficiles les premiers jours, finirent cependant par se rétablir; l'œdème avait disparu et les douleurs abdominales avaient cessé. Au bout de dix jours, les urines commençaient à reprendre leur cours normal; depuis quelques jours du reste la malade urinait involontairement, puis le sphincter vésical et le réservoir reprirent leur ressort peu à peu.

En parcourant les journaux, j'ai déjà vu bien des cas ressemblant à ceux de M. Balp et de M. Garnier, mais je les passe sous silence parce qu'ils sont moins bien caractérisés. M. le docteur Ronvaux, de Namur, a rattaché à l'anasarque suite de rétention d'urine plusieurs faits de rétroversion de l'utérus gravide; ce qui me paraît inexplicable de la part d'un confrère aussi distingué, c'est d'ap-

(1) *Bulletin de la Société de médecine de la Sarthe*, années 1872 et 1873, p. 38. (Résumé).

peler anasarque un œdème des membres inférieurs et de faire dépendre cette infiltration de la rétention d'urine alors qu'elle s'explique si aisément par la compression des vaisseaux hypogastriques par le fond de l'utérus rétroversé; voici, du reste, un extrait de l'intéressante communication qu'il a faite à la Société médico-chirurgicale de Liége :

Obs. XXVII. — *Rétroversion à trois mois de grossesse; réduction au moyen de la main entière introduite dans le vagin; guérison*, par M. Ronvaux, de Namur (1). — Je fus appelé en consultation par mon confrère, le docteur Monnoyer, de Spy, auprès d'une femme âgée d'environ 40 ans qui était atteinte d'anasarque et paraissait aussi atteinte d'une ascite considérable. Les membres inférieurs étaient fortement œdématiés, et le ventre avait atteint le développement qu'il a ordinairement chez les femmes enceintes de neuf mois : le ventre présentait une matité complète dans toute sa partie antérieure et bien au-dessus de l'ombilic. La fluctuation y était aussi très-manifeste à la percussion; bref tous les symptômes d'une ascite intense, moins cependant la forme du ventre qui n'était pas batracienne comme dans l'ascite, mais plutôt ovoïde comme dans la grossesse. Cependant les règles n'avaient cessé chez cette femme que depuis trois mois, et aucun mouvement fœtal n'avait jamais été perçu.

Les accidents dataient de six semaines environ; la femme avait commencé par souffrir du bas-ventre, et présenter des difficultés dans la miction et la défécation. Elle avait été sondée plusieurs fois, et depuis quelque temps elle perdait constamment de l'urine tout en pouvant de temps en temps en émettre de petites quantités par jet.

Mon confrère me dit qu'il avait cherché à constater, par le toucher, l'état de la matrice chez cette femme, mais qu'il n'avait jamais pu atteindre le col, que le toucher était d'ailleurs rendu difficile par la présence de tumeur ou gonflement en avant et en arrière. L'idée me vint aussitôt, que nous avions affaire à un déplacement de la matrice, qui avait produit une rétention d'urine et tous les accidents qui s'en étaient suivis. J'introduisis une *sonde d'homme* dans la vessie et il s'en écoula une quantité vraiment énorme d'urine, il y en avait plein un seau.

Le cathétérisme que l'on avait pratiqué plusieurs fois auparavant avec une sonde de femme n'avait amené que des quantités d'urine beaucoup plus faibles et n'avait jamais produit la disparition de la tuméfaction du ventre.

Par suite du cathétérisme que je pratiquai, le ventre se vida complétement et toute espèce de tumeur disparut. Il nous fut même impossible de constater la présence de la matrice par le palper abdominal.

J'introduisis alors le doigt dans le vagin et, comme l'avait constaté mon confrère, il me fut impossible de toucher le col de la matrice; mais je constatai la présence dans la partie postérieure du petit bassin d'une tumeur bien unie et peu sensible, que je reconnus pour la matrice complétement renversée.

Je cherchai à la réduire avec les doigts, mais cela me fut impossible.

Cependant, m'étant de nouveau bien assuré de mon diagnostic, je résolus d'in-

(1) *Annales de la Société médico-chirurgicale de Liége*, juillet 1874.

troduire violemment toute la main dans le vagin. La pression que j'obtins par ce moyen fut assez forte pour déplacer la matrice, et la réduire complétement.

La femme a, malgré sa grande faiblesse, assez bien supporté cette manœuvre fort violente, et depuis lors tous les accidents ont cessé comme par enchantement. L'anasarque disparut avec la libre sortie des urines, et la grossesse poursuivit régulièrement son cours.

J'ai constaté également cette anasarque, suite de rétention d'urine, dans les premiers mois de deux grossesses successives, chez une femme qui n'était atteinte que d'une simple rétroversion de la matrice, et chaque fois il a suffi de sonder la femme deux ou trois fois par jour pour la faire disparaître.

Je ne me rappelle aucun cas d'anasarque survenue dans les mêmes conditions chez l'homme, probablement parce que nous sommes beaucoup moins habitués à supporter les rétentions d'urine, que les femmes qui la plupart ont appris à retarder très-longtemps et presqu'à volonté l'acte de la miction.

Supportant plus difficilement la rétention, les hommes appellent plus rapidement les secours de l'art et ne donnent pas à l'anasarque le temps de s'établir.

Cette espèce d'anasarque provient, ainsi que je l'ai dit dans mon mémoire, de ce que la sécrétion des rognons s'arrête, dès que l'urine a atteint dans les uretères, une pression de 7 à 8 millimètres de mercure.

On pourra constater en parcourant les nombreuses observations contenues dans ce travail que le diagnostic de la rétroversion a souvent été réservé et que des erreurs ont été commises par des praticiens comme Dupuytren, Capuron, Lisfranc, Boivin, A. Dubois, Maygrier, Depaul, etc. ; on pourra voir également que souvent on croit à une fausse couche ordinaire et que la femme n'appelle une accoucheuse ou un médecin et n'entre à l'hôpital que pour s'y faire soigner de cet accident.

Il est donc prouvé que souvent des sages-femmes et des médecins, des accoucheurs mêmes, ont méconnu la rétroversion, alors cependant que les accidents étaient graves et caractéristiques ; des praticiens plus expérimentés ou plus habiles sont venus après établir le diagnostic. Or, il a dû arriver souvent que des erreurs n'ont pas été relevées : les femmes ont avorté, ou même ont succombé et le tout a été expliqué par une prédisposition, un choc, un effort, un coup, une péritonite, une rétention d'urine, une affection nerveuse peut-être ?

La rétroversion, qui paraît au premier abord si facile à constater, n'est-elle pas du reste restée dans l'ombre pendant des siècles ? N'a-t-elle pas échappé à l'attentive observation des Guillemeau, Mauriceau, De la Motte, Smellie, A. Petit, Stein, etc. ?

M. Salmon fait remarquer que les faits de rétroversion ont surtout été rapportés par des médecins exerçant en province, dans les campagnes et les petits centres de population et que plusieurs femmes, observées par des médecins de villes importantes, venaient de la campagne.

Il explique cette particularité en faisant observer que dans les grandes villes ce sont surtout les hommes qui sont employés aux travaux les plus rudes et les

plus forts, tandis qu'à la campagne les femmes, même enceintes, portent des fardeaux pesants, conduisent de lourdes charettes et ont des occupations excessivement pénibles.

Or donc, en tenant compte de ce que j'ai dit plus haut, on voit que ce sont précisément les femmes qui sont le plus exposées à la rétroversion et qui en sont en effet atteintes le plus souvent, qui risquent le plus de voir leur accident méconnu.

Peu d'auteurs au surplus donnent leur avis sur la fréquence de la rétroversion pendant la grossesse. Elleaume ne la croit pas très-rare; M. Salmon pense qu'elle est peu fréquente; il nous dit cependant qu'il en a observé déjà trois cas, quoiqu'il ne pratique pas depuis longtemps.

Moreau et Lacroix la regardent comme assez fréquente; mais ces auteurs ayant confondu dans une même description la rétroversion pendant la grossesse et à l'état de vacuité, ne peuvent apporter qu'un faible appui à ma thèse. Cependant Moreau ajoute qu'il regarde comme assez fréquente cette cause d'avortement, et cite à l'appui l'exemple d'une jeune dame qui dans l'intervalle d'un an fit, un peu avant trois mois de grossesse, deux fausses couches qu'il attribue à la rétroversion.

Ce qui prouve également que la rétroversion n'est pas tellement rare pendant la grossesse, ce sont les cas relativement nombreux observés par différents médecins. Nous avons déjà vu que le mémoire de Martin, jeune, de Lyon, contient un grand nombre d'observations personnelles (voir p 22) recueillies dans l'espace de 25 ans. L'auteur croit même devoir avertir qu'il s'est livré à une pratique très-étendue des accouchements dans la seconde ville de France.

M. Depaul nous apprend qu'il a déjà observé une dizaine de cas et que P. Dubois en avait vu à peu près autant, et il est tout à fait incompréhensible que le père de ce dernier n'ait jamais eu l'occasion de rencontrer cet accident.

Ce travail ne contient pas moins de onze observations tirées de la seule pratique de M. le professeur Hubert, de Louvain, et plusieurs d'entre elles présentent différentes récidives à des grossesses suivantes.

M. Godefroy, de Rennes, a déjà rapporté six observations personnelles, et une de son collègue M. Guyot.

Plusieurs praticiens, Négrier, d'Angers; Parent, de Beaune; Bleynie, de Limoges; Champion, de Bar-le-Duc; Salmon, de Chartres; etc., en ont observé chacun une série de cas. Ce qui prouve que, dès que le médecin a eu son attention attirée sur cet accident, il le retrouve différentes fois dans sa carrière parce qu'il examine attentivement et ne le laisse pas passer inaperçu.

L'auteur de l'article hysteroloxie du *Dictionnaire abrégé des sciences médicales* disait déjà en 1823 : « Quoique la rétroversion soit encore considérée comme une affection rare, si l'on possédait une liste exacte de tous les sujets chez lesquels ELLE A ÉTÉ MÉCONNUE OU QU'ELLE A FAIT PÉRIR, on la placerait

peut-être avec raison PARMI LES MALADIES LES PLUS COMMUNES. »

M. E. Martin a rapporté à la Société gynécologique de Berlin seize cas de rétroversion et rétroflexion de l'utérus gravide (Berlin. Klin. Wochens, 1874, nº 22, p. 264).

L'*Echo médical Suisse* (année 1857, p. 324) rapporte que la clinique du professeur Busch a reçu « *soixante-quinze femmes* atteintes de rétroversion utérine pendant la grossesse. Chez soixante-neuf d'entr'elles, la matrice reprit sa position normale en vingt-quatre heures; quatre cependant, chez lesquelles la rétention d'urine et la rétroversion dataient de huit jours, avortèrent. Cinq fois, il fallut réduire et la fausse couche s'ensuivit ».

Enfin le *Medical Times and Gazette*, du 2 mars 1872, rend compte d'une discussion qui a eu lieu à la Société obstétricale de Londres, et dans laquelle la plupart des orateurs ont déclaré que la rétroversion était une des causes les plus fréquentes d'avortement : telle était d'abord la conclusion du travail de M. Phillipps et elle a été appuyée par MM. Barnes et Braxton Hickx : ce dernier a même avancé que, d'après ce qu'il a vu, sur dix cas d'avortement, il y a huit fois rétroflexion.

Selon ces savants praticiens, la fausse couche peut survenir même avant qu'il y ait véritable enclavement; nous aurons l'occasion de revenir sur cette opinion.

De ce qui précède, je crois donc pouvoir et devoir conclure que la rétroversion de l'utérus est assez fréquente pendant la grossesse, surtout chez les femmes qui se livrent à des travaux pénibles; que trop souvent, au grand détriment du produit de la conception, elle reste méconnue et que c'est grâce à cette dernière circonstance qu'elle a été considérée jusqu'à présent comme relativement rare.

CHAPITRE TROISIÈME.

Étiologie. — Pathogénie.

Nous savons que le corps de l'utérus est soutenu par des ligaments séreux et musculaires, lâches, extensibles qui lui permettent de se mouvoir en tous sens, tandis que plusieurs ligaments fibreux, résistants, viennent s'insérer à l'union du corps et du col et constituent à cet endroit une espèce d'anneau, d'axe de suspension ayant une certaine fixité, autour duquel s'opèrent les mouvements de l'organe. Ce dernier, du reste, contenu dans une cage osseuse inextensible, entre deux réservoirs, doit fréquemment changer de place selon l'état de la vessie et du rectum; souvent aussi il est poussé vers le bas par la contraction de la presse abdominale et la distension des intestins. La direction du grand axe utérin doit donc varier plus ou moins fortement selon la laxité des ligaments et des aponévroses pelviennes, selon la réplétion des organes qui l'entourent.

Dans l'état de vacuité, chez la multipare surtout, la disproportion entre le corps et le col utérin n'est pas très-grande et si le poids, la longueur et le

volume de ce dernier ne sont pas exactement les mêmes que ceux du premier, celui ci est tenu en équilibre par différents ligaments qui s'insèrent à sa partie supérieure. Mais si, par une cause quelconque, le bras de levier supérieur, c'est-à-dire le corps, augmente de poids, de longueur, de volume, alors non-seulement tout l'organe tendra à descendre, non-seulement l'action des intestins s'exercera sur une plus grande surface, mais encore ce bras de levier tendra à basculer autour du point d'appui : ce mouvement sera d'autant plus facile que les ligaments s'insèreront plus bas et qu'ils seront plus extensibles. Si le fond est en légère antéversion (état normal), il s'inclinera en bas sous l'influence des contractions abdominales, de la réplétion des intestins, etc. Mais la vessie, par sa distension, tendra à le soutenir et à le faire remonter; les pubis auront le même effet et, grâce à leur inclinaison d'avant en arrière et de haut en bas, permettront un redressement facile.

Mais si le corps utérin est redressé ou même dirigé en arrière, si une pression est exercée d'avant en arrière sur la paroi antéro-supérieure du viscère, le résultat opposé sera obtenu, le fond basculera vers la concavité sacrée, dont la forme s'adaptera assez bien à celle de l'organe; ce dernier pourra dès lors être maintenu dans cette situation vicieuse par l'angle sacro-vertébral et il le sera d'autant plus fortement que cette proéminence sera plus marquée. L'utérus continuant à se développer, comprimera les autres organes du petit bassin, s'enclavera, s'incarcérera.

Si le segment postérieur du corps utérin devient plus lourd, le mouvement en arrière sera plus facile. Il pourra être également produit par le mouvement en sens opposé de l'autre bras du levier, c'est-à-dire quand le col sera tiré en avant et en haut.

Les deux causes peuvent agir à la fois sur le corps et le col en sens contraire : l'organe se trouve entre deux puissances agissant en sens inverse, et non directement opposées; le corps est poussé en arrière, le col est tiré en avant, le mouvement s'exécutera dès lors aisément.

Il peut se faire aussi que le fond de l'utérus dans son ascension rencontrant un obstacle, le promontoire, soit en quelque sorte accroché par cette éminence et retenu en dessous d'elle, c'est-à-dire dans l'excavation.

J'ai supposé dans tous ces cas que le mouvement de bascule s'exécute autour d'un axe et que cet axe est à l'union du corps et du col. Telle est mon opinion, et je ne puis admettre, avec Elleaume, que l'axe passe par les deux ligaments larges : leur insertion est beaucoup trop élevée et trop étendue et ils ne présentent pas assez de résistance.

Du reste l'axe est loin de rester fixe et dans la rétroversion il est notablement porté en avant et en haut, ce qui ne peut se comprendre sans une grande distension ou même une dilacération des ligaments utéro-sacrés.

Tel est le mécanisme de la rétroversion; mais si le système ligamenteux du

col est assez résistant, il peut arriver que le corps seul de l'utérus se déplace et alors c'est la rétroflexion qui se produit; cela arrivera surtout si le col est bridé par des adhérences.

Le déplacement en arrière peut aussi préexister à la grossesse et, si les causes qui produisent cette situation anormale à l'état de vacuité sont assez puissantes, l'utérus gravide ne pourra s'élever au-dessus du détroit supérieur et s'enclavera peu à peu dans l'excavation. Nous verrons plus loin que plusieurs des meilleurs auteurs modernes regardent cette étiologie comme la plus fréquente et nous discuterons leur manière de voir.

Nous avons maintenant à examiner les causes qui rendent, au commencement de la grossesse, le déplacement possible et facile, et celles qui les produisent rapidement ou peu à peu.

J'appellerai les premières *prédisposantes* et les deuxièmes *déterminantes;* ces dernières peuvent agir subitement, en un instant, ou n'avoir d'effet qu'au bout d'un certain temps; de là des *rétroversions subites* et des *rétroversions lentes*. Ces deux formes sont décrites depuis Baudelocque qui les avait observées toutes deux, comme le prouvent les cas suivants.

Obs. XXVIII. — *Rétroversion lente; réduction;* par Baudelocque (1). — Baudelocque fit observer la marche d'un cas de rétroversion aux élèves qui suivaient ses leçons vers la fin de 1775; elle ne fut complète qu'après trois ou quatre semaines, et, à cette époque seulement, la femme se trouva contrainte de se soumettre à la réduction.

Obs. XXIX. — *Rétroversion subite chez une femme enceinte, atteinte de descente de matrice; réduction facile;* par Baudelocque (2). — Le même auteur cite un autre cas chez Mme de ***, où la rétroversion se fit complétement en un instant, le lundi de Pâques 1784; et il y eut dès ce moment impossibilité complète d'évacuer une seule goutte d'urine. Appelé une heure après, Baudelocque trouva cette femme dans l'attitude que prend celle qui est à l'instant d'accoucher. Elle se livrait involontairement aux plus grands efforts, et elle y était excitée autant par la présence d'un corps qui paraissait à l'entrée du vagin, dilatée de la largeur d'un petit écu, que par le besoin d'uriner. Ce corps était la partie postérieure de la matrice, dont le fond se trouvait appuyé sur le coccyx, et l'orifice très-élevé du côté du pubis. La réduction fut faite sur-le-champ, le calme se rétablit, et l'accouchement eut lieu à terme. Cette femme, grosse de trois mois, était depuis cinq à six semaines atteinte de rétention d'urine, suite d'une descente de matrice; pendant ce temps on avait cent fois, au moyen du doigt, repoussé le col utérin pour faciliter la miction, et la rétroversion fut déterminée par un effort plus grand que de coutume pour refouler le col.

Obs. XXX. — *Rétroversion brusque chez une femme enceinte de trois mois;*

(1) *Traité d'accouchements,* p. 138 (note).
(2) *Loc. cit.,* p. 138 (seconde note).

évacuation de l'urine pendant dix jours en repoussant le corps de la matrice ; réduction avec un pessaire ; succès ; par Baudelocque (1). — En mars 1787, Baudelocque vit une dame étrangère, grosse de trois mois environ, dont la matrice était tombée brusquement en état de rétroversion complète. Ne pouvant réduire ce viscère sur-le-champ à cause des accidents, et espérant trouver plus de facilité après les avoir combattus, l'auteur fit uriner cette dame pendant une dizaine de jours et plusieurs fois par jour, en insinuant un doigt le long et à côté de la symphyse du pubis, pour écarter convenablement le corps de la matrice du col de la vessie et de l'urèthre. Mais au dixième jour, ne rencontrant plus la même facilité à faire couler les urines, et les difficultés devenant chaque fois de plus en plus grandes, il se décida à vaincre les obstacles en employant une force convenable. Pour ne pas fatiguer la matrice par la pression immédiate des doigts, il commença par insinuer au-dessous de son fond, un pessaire de gomme élastique fort épais, qui servit, après la réduction, à fixer le viscère. La malade ne porta le pessaire en tout que trois ou quatre jours, et n'accoucha qu'au terme ordinaire, malgré les efforts qu'il avait fallu faire pour restituer la matrice dans sa position naturelle au troisième mois de la grossesse.

Outre ces deux formes, M. Cailletet a fait remarquer avec assez de raison qu'une troisième pourrait être admise : dans plusieurs observations, en effet, on peut voir que l'accident s'est produit en deux ou trois temps : commencement brusque, période intermédiaire, achèvement brusque ; ou bien première période lente, seconde brusque ; ou bien enfin accident brusque suivi d'une période lente qui s'accroît insensiblement.

Nous reviendrons sur chacune de ces formes, en examinant les causes qui les produisent. Remarquons seulement que les formes subites ou mixtes ont été regardées comme les plus fréquentes jusqu'à présent ; du moins Boivin et Dugès et plusieurs auteurs avaient signalé ce fait, et M. Salmon a tenté de le prouver par une statistique comparée des deux ordres de cas (subits et lents) ; ce dernier auteur a seulement eu tort de dire que jusqu'à son mémoire la forme lente était considérée comme la plus ordinaire. Aujourd'hui divers gynécologistes, sont, au contraire, amenés à prétendre que les rétroversions subites sont rares, exceptionnelles, et il me paraît même que certains d'entr'eux ne seraient pas éloignés de les nier complétement. Ces exagérations prouvent, une fois de plus, les erreurs que commettent les meilleurs esprits, quand ils ne se laissent guider que par l'esprit de système et la théorie.

A. — Causes prédisposantes.

Nous avons à examiner ici les changements physiologiques qui se produisent, au commencement de la grossesse, dans l'utérus et ses annexes ; l'influence des grossesses antérieures, des affections utérines, des déplacements aux grossesses

(1) *Loc. cit.*, p. 146 (note).

précédentes, du volume de l'utérus, de l'âge de la femme, des conditions générales de sa santé, des professions et enfin des dimensions du bassin.

1. — *Changements physiologiques des premiers mois de la grossesse.* — Nous avons vu que les ligaments du corps utérin permettent déjà à l'état ordinaire des mouvements en tous sens et le toucher démontre facilement ce fait. Au commencement de la gestation, le tissu utérin se ramollit et tous les moyens d'attache subissent le même relâchement.

Dans le cas suivant cette laxité était très-prononcée et était très-facilement constatée.

Obs. XXXI. — *Rétroversion méconnue, avortement. — Nouveau déplacement à la grossesse suivante, réduction ; récidive ; guérison. — Rétroversion nouvelle empêchée par le traitement prophylactique ;* par Parent, de Beaune (1). — La femme Mineau, de Meursault (près Beaune), 37 ans, constitution molle et lymphatique, sujette à des fluxeurs blanches, éprouve, en janvier 1826, à trois mois et demi de sa seconde grossesse, des douleurs vagues dans les régions lombaire et hypogastrique, avec difficulté d'uriner. Ces phénomènes sont attribués aux efforts journaliers que fait cette femme pour soulever sa vieille mère malade. Bientôt les douleurs augmentent, les urines s'arrêtent tout à fait, la vessie se dilate, le ventre se météorise, les extrémités s'infiltrent, le pouls prend de la fréquence. Un médecin consulté donne des diurétiques. Les douleurs acquièrent de la force, avec fièvre. Enfin, après huit jours de douleurs inouies, l'avortement se déclare. La femme se rétablit peu à peu.

L'année suivante, la femme Mineau, enceinte pour la troisième fois de trois mois et demi, éprouve à la suite de la même cause des phénomènes identiques. Parent est appelé ; la sage-femme lui déclare qu'elle sent à travers le col très-dilaté le produit de la conception prêt à être expulsé. Le prudent chirurgien doute du dire de la matrone et examine lui-même : il trouve le col utérin en avant courbé très-haut derrière le pubis, et le fond du viscère en arrière remplissant toute l'excavation pelvienne. La vessie est très-dilatée et le cathétérisme donne issue à sept ou huit litres d'urine. Cette opération soulage énormément la malade qui gagne en courant son lit, alors que depuis six jours elle n'avait pu quitter son fauteuil. Parent procède alors à la réduction ; la femme est couchée sur son dos, au bord du lit, les jambes écartées et fléchies ; deux doigts de la main gauche sont introduits dans le vagin et deux de la main droite dans le rectum ; puis agissant en sens inverse sur le col et sur le corps, le chirurgien ramène l'organe dans sa direction naturelle. Mais le viscère se prête à tous les mouvements qu'on lui imprime, grâce à la grande capacité du bassin et à la laxité des ligaments ; abandonné à son propre poids, il se précipite en bas. La saillie considérable du promontoire s'opposant au mouvement d'ascension directe, Parent ramène la matrice en avant et l'appuie contre les pubis. Mais cette position devant produire inévitablement une nouvelle rétention d'urine, une sonde en argent est placée à demeure. La femme quitte bientôt son lit, la sonde se dérange, le cours de l'urine se suspend et tous les accidents

(1) *Gazette médicale de Paris*, 1831, (résumé). Obs. Ire.

reparaissent. Nouvelle réduction, suivie bientôt, à cause de l'imprudence de la malade, d'une rétroversion nouvelle. La matrice est encore remise en place. Cette fois, on a soin d'introduire souvent la sonde, et la femme suit les conseils qu'on lui a donnés plusieurs fois. A quatre mois, la matrice commence à déborder le détroit supérieur; le cours de l'urine n'est plus intercepté que par moment et cette interruption cesse aussitôt que la malade se met au lit. La femme Mineau accoucha heureusement à terme.

La même femme, enceinte pour la quatrième fois, commençait encore à éprouver les accidents des deux grossesses précédentes; un chirurgien ne peut parvenir à passer la sonde. Parent, appelé de nouveau, constate que l'utérus est précipité dans l'excavation pelvienne inférieure, le col ramolli et long proémine entre les grandes lèvres, le corps, développé par la conception, porte contre le pubis sur le détroit inférieur et suspend le cours de l'urine. En un mot, les phénomènes observés cette fois sont tellement analogues à ceux qu'ont offerts les deux affections précédentes dans leur principe, qu'il est impossible de mettre en doute l'identité de ces trois maladies parvenues à trois degrés différents.

La sonde est appliquée et reste à demeure, l'utérus se développe et s'élève par les progrès de la grossesse. Bientôt la femme Mineau peut rester levée en ayant la précaution de se jeter sur son lit pendant quelques minutes pour pouvoir uriner. La grossesse arriva heureusement à terme.

Outre le relâchement dont je viens de parler, les replis du péritoine se déplissent, s'hypertrophient et donnent ainsi plus de mobilité encore au viscère en gestation. Suivant Aran, même, les replis utéro-sacrés disparaîtraient dans les grossesses avancées, ce qui est une condition très-importante pour permettre au col de se porter très en avant, et indispensable, selon M. Richet, pour obtenir la rétroversion. Le canal vaginal participe également à ces modifications : il devient plus ample et plus flasque.

Dans le rapport que M. Bernutz a présenté sur ce travail à l'Académie de médecine de Paris (1), cet honorable et savant médecin prétend que c'est hypothétiquement que nos prédécesseurs ont fait jouer le plus grand rôle dans le développement de la rétroversion aux changements imprimés aux organes pelviens par la gravidité; ces changements, selon lui, tendent au contraire à faire disparaître le déplacement quand il existe. « On ne peut en particulier, ajoute-t il, incriminer, ainsi que l'a fait l'auteur, le ramollissement de tissus qu'amène la gravidité d'être une cause de rétroversion, parce qu'il tend non-seulement à corriger les courbures et flexions congéniales ou acquises, mais à rendre moins extensibles les adhérences péritonéales, que l'observation moderne a démontrées être très-fréquemment la cause des enclavements irréductibles. »

M. Bernutz a raison de dire que le ramollissement s'étendant aux adhé-

(1) V. *Bulletin de l'Académie de médecine de Paris*, 1874, p. 1111 et suivantes.

rences péritonéales, facilite la rectification d'un utérus retenu dans une position vicieuse ; cette remarque importante ne m'avait pas échappé, et était indiquée par moi dans le passage relatif à ce point de l'étiologie, où je rapportais (comme on le verra plus loin) différentes observations à l'appui. Mais est-il exact de dire que « l'observation moderne a démontré que ces adhérences sont très-fréquemment la cause des enclavements irréductibles » ? Je ne le pense pas ; ces adhérences sont rarement signalées dans les nombreuses observations consignées dans ce travail (et qui constituent, selon M. Bernutz lui même, une collection complète qui contient sinon tous les faits de rétroversion utérine pendant la grossesse, qui ont été publiés, du moins tous ceux qui peuvent servir à élucider un point quelconque de la question). M. Bernutz se place donc à un point de vue spécial, et c'est d'une façon toute hypothétique qu'il fait jouer le plus grand rôle aux adhérences. Au surplus ces dernières ne sont certainement pas la cause la plus fréquente des *enclavements* irréductibles, car ceux-ci ne se présentent généralement que dans les rétroversions existant depuis longtemps, et quand l'utérus a acquis un volume exagéré ; tandis que si l'organe est modéremment distendu, la réduction est d'habitude obtenue aisément à l'aide d'un des nombreux procédés que nous décrirons plus loin. Ces faits prouvent certainement que les adhérences ne sont pas une cause si commune de rétroversion, car, quand elles existent, la réduction est toujours, on le comprend, très-laborieuse et même dangereuse quelle que soit l'époque de la grossesse (1).

Si donc le ramollissement des adhérences péritonéales, comme celui du tissu utérin, facilite la rectification de l'utérus gravide, il n'est pas moins vrai que cette même modification imprimée au vagin et surtout aux ligaments suspenseurs de l'organe doivent lui donner plus de jeu et partant favoriser ses déplacements.

L'utérus plus lourd et moins bien soutenu subit dans les premiers temps un léger mouvement de descente ; en même temps il se redresse et, trouvant plus d'espace dans la concavité sacrée, s'y loge ; son fond se renverse un peu en arrière et force le col à se porter un peu en avant.

On voit que si, à l'état de vacuité, l'utérus est en antéversion légère, sa direction change au commencement de la grossesse et se rapproche au contraire de la rétroversion. « Aussi, dit M. Stoltz, n'étaient les ligaments ronds qui retiennent le fond, la rétroversion serait sans doute plus fréquente. » Or, cet état se maintient jusqu'au 5e mois, époque à laquelle la matrice trop développée, commence à dépasser le détroit supérieur.

(1) M. Bernutz n'a certainement pas voulu parler des rétroversions irréductibles à l'état de vacuité (je serais peut-être alors de son avis), car il écrit « les *enclavements* irréductibles » ; donc il s'agit de la grossesse ; du reste, M. Bernutz ne pouvait critiquer mes idées qu'à ce dernier point de vue, puisqu'il ne s'agit dans mon travail que de la rétroversion de l'utérus *gravide*.

Mais le mouvement de bascule du fond en arrière est encore facilité par le mode de développement de l'organe gestateur : en effet, c'est surtout le fond et la paroi postérieure qui s'accroissent au commencement ; ces parties deviennent plus épaisses, plus lourdes, plus arrondies et s'adaptent mieux à la courbure sacrée; la présence du placenta sur le fond ou le segment postéro-supérieur agit de la même façon.

De plus, l'insertion des ligaments du corps se faisant plus en bas et en avant permet plus de jeu aux parties supéro-postérieures de l'organe. Cette disposition anatomique peut quelquefois être exagérée au point que Cazeaux, Bonamy et Hélot ont vu, chez une femme morte au 7e mois de la grossesse, les ligaments ronds s'insérer tellement en avant « que les 4/5 au moins du diamètre antéro-postérieur étaient en arrière de la ligne transversale qu'on aurait fait passer par leur point d'insertion. »

2. — *L'influence des grossesses antérieures* est nettement démontrée et s'explique aisément en laissant même de côté les affections utérines qui en sont quelquefois la suite.

BOSTON MEDICAL LIBRARY OCT 5 1903

Les ligaments qui ont été ramollis, allongés, tiraillés, ne reprennent pas toujours leur dimension primitive, le corps utérin ne revient jamais à son premier volume et reste souvent appuyé en arrière sur le rectum; le col perd de sa longueur. Négrier donne la moyenne suivante qu'il a obtenue par l'examen de 150 sujets multipares ayant du reste les organes sexuels parfaitement développés : « le relief que fait le fond de l'utérus au-dessus du niveau de la cloison pelvienne qui forme les ligaments larges, est de 12 à 13 millimètres, et l'épaisseur de la matrice d'avant en arrière est de 4 centimètres (ces mesures sont d'un quart moins étendues chez les nullipares). » Dans cinq cas, la saillie du fond, au-dessus de la cloison péritonéale, était même beaucoup plus marquée, presque du double, et l'épaisseur de la matrice beaucoup plus considérable, sans qu'il y eût cependant aucune affection de l'organe.

D'après Hildebrand (1), outre les causes débilitantes qui amènent la faiblesse musculaire, les accouchements et surtout l'avortement produisent souvent le relâchement des ligaments utéro sacrés.

Ces détails anatomiques font comprendre pourquoi la rétroversion est plus commune pendant la grossesse et chez les femmes qui ont eu des enfants, tandis que le déplacement en avant existe de préférence chez les nullipares dont l'utérus est normalement dans l'axe du détroit supérieur et même dans l'antéflexion (v. supra.)

Dépouillons maintenant quelques faits de rétroversion de l'utérus gravide où la puerperalité est indiquée.

Les femmes avaient accouché une fois auparavant dans les observations de

(1) *Uber Retroflexion des uterus.* Leipzig, 1870, p. 41.

Bamberger, Billi, Delaharpe, Baynham, Jourel, Morris; dans la 3e, de M. Hubert et dans la 4e et la 6e de Négrier; la femme Lefèvre (dans la 5e observation de M. Depaul), avait fait une fausse couche auparavant; la 1re rétroversion de Mme Van... (11e observation de M. Hubert) survint à la seconde grossesse.

Les femmes observées par MM. Barth, Bernutz, Craninx, Curie, Macléod, Palante, Rolland et Wittich avaient eu deux enfants; de même, dans la 2de observation d'Amussat, dans la 10e de Martin, de Lyon, dans les deux de M. Chantreuil et dans la 2de de Parent. Dans la 8e de M. Hubert, la malade avait eu deux fausses couches. La femme Mineau (1re observation de Parent) avait accouché une fois et avait eu une fausse couche attribuée à une rétroversion méconnue. La malade de MM. Pajot et Tarnier avait également eu un accouchement et une fausse couche; celle de la 3e observation de M. Vignard avait eu deux avortements.

Dans l'observation de Mayor, dans la 5e de Négrier, dans la 1re de M. Vignard, dans la 1re et la 6e de Martin, de Lyon, les femmes avaient déjà été trois fois enceintes auparavant.

La malade de la 7e observation de M. Hubert avait eu deux accouchements et deux fausses-couches; Cl. Bourget (2e observation de Viricel) avait eu quatre enfants; Const. Lechat (observation de Dussaussois) était à sa 5e grossesse; El. Cornut (observation de M. Gallard) avait eu trois enfants et une fausse couche.

L'une des trois malades de M. Salmon avait déjà cinq enfants; de même la femme Huet (7e observation de Martin, de Lyon), de même la femme Thomas (4e observation de M. Depaul), de même la malade de M. Barrier et les femmes Joskin et Surtewargen (observation 6e et 9e de M. Hubert). Mme Mora (observation de M. Garin) avait eu quatre enfants, plus une fausse couche; de même la femme Lachèze (3e observation de M. Depaul.

La première femme observée par Amussat, la deuxième et la troisième de M. Phillips avaient eu six accouchements; celle de M. Gérard était mère de sept enfants; celles de M. Chapplain et de M. Slavjansky avaient eu huit grossesses; celle de M. Moldenhaner avait eu sept enfants et un avortement; deux malades de M. Hubert (première et dixième), avaient eu huit enfants; la femme soignée par Schmitt avait eu onze couches heureuses; celle dont parle Ramsbotham avait eu neuf enfants et deux avortements.

Il est dit avoir eu plusieurs grossesses dans les observations de Hunter, Lynn, Estor, dans deux de M. Salmon, dans trois de Martin, de Lyon (3e, 4e, 9e), et dans les deux de M. Mattei.

Dans quelques cas, la femme était primipare; il en était ainsi chez les malades de Desgranges, Garnier, Gongis, Charles Courtois, Stoltz et Davreux; ainsi que chez une de Martin, de Lyon (1re), une de Viricel (1re), deux de M. Hubert (4e, 5e), la 2de de M. Vignard, et la 1re de Smellie.

En résumé, sur un total de soixante-dix-neuf rétroversions pendant la grossesse, nous constatons que treize fois seulement l'accident s'est présenté à une première gestation, c'est-à dire que dans la grande majorité des cas, les 5/6 au moins, l'utérus avait déjà été distendu une ou plusieurs fois par la conception ; la plus grande fréquence du déplacement tombe à la seconde et surtout à la troisième gestation (onze fois et dix-sept fois). Mais il faut noter que les multipares sont plus nombreuses que les nullipares, de sorte que l'influence des grossesses antérieures n'est pas aussi grande que sembleraient l'indiquer les chiffres que nous venons de donner.

Il paraîtrait *à priori* qu'une plus large part d'étiologie dût revenir aux avortements ; ils sont cependant signalés dans un petit nombre de cas seulement, dans quelques-uns desquels on a pu les attribuer eux-mêmes à des rétroversions méconnues ou non. (V. obs. de Ramsbotham, Gallard, Garin, Chapplain, Pajot, 3e et 5e, de Depaul, 7e et 8e, de Hubert ; 2e et 5e de Négrier ; 1re de Martin, de Lyon). Dans les observations de MM. Barnes, Phillips et Wauters, les avortements nombreux doivent être rattachés à des rétroversions non traitées.

Nous allons du reste examiner comment l'avortement peut prédisposer aux déplacements de l'utérus.

3. — *Affections utérines antérieures.* — Leur influence, assez minime pour certains auteurs, est regardée par quelques-uns, et surtout par les modernes, comme excessivement importante et primant même toutes les autres ; au point que, selon eux, l'immense majorité des rétroversions de l'utérus gravide ne serait due qu'au maintien d'une déviation préexistante (Barnes, Bernutz, Schröder, etc.).

Rappelons, d'abord, que sur quarante autopsies, Aran a constaté les résultats suivants :

Neuf filles vierges de 17 à 27 ans : six antéflexions ou antécourbures, dont une avec inclinaison latérale droite et une avec inclinaison latérale gauche ; une rétroversion avec adhérences (fille de 27 ans) ; une où l'utérus était soudé au rectum et au bassin du côté gauche ; la dernière n'avait ni antéflexion, ni antécourbure, l'utérus était bridé par des adhérences.

Dix femmes nullipares : six antéflexions très-prononcées avec ou sans antéversion ; toutes âgées de moins de 24 ans ; deux antéversions (48 et 49 ans) ; deux utérus presque droits, dont un avec un peu d'inclinaison droite (18 et 55 ans).

Vingt et une uni- ou pluripares : sept antéflexions avec ou sans antéversion ; deux rétroflexions, dont une avec adhérences ; quatre dans l'axe du bassin ; cinq rétroversions ; trois antéversions dont deux avec latéroversion droite.

On voit, d'après ce tableau que le déplacement en arrière est assez fréquent chez les femmes qui ont eu des enfants (une fois sur trois, uni ou pluripares) ;

il ne s'est montré chez les nullipares ou les vierges que rarement et accompagné d'adhérences (une sur neuf); ce qui vient à l'appui des opinions émises plus haut. (Voir aussi les statistiques de Richet, Bernutz et Lala).

Suivant Cruveilhier, Aran, etc., la position de l'utérus est quelquefois indifférente, l'organe est très-mobile sur son axe de suspension et ressemble à une balance folle que le moindre poids fait osciller et quitter son centre de gravité; on trouve quelquefois le fond de l'utérus culbuté dans la concavité du sacrum, les intestins grêles reposant sur sa face antérieure : *Cela se voit surtout chez les femmes qui ont eu beaucoup d'enfants*, et chez lesquelles les ligaments de l'utérus et en particulier les ligaments sus-pubiens ont éprouvé un affaissement considérable.

On ne peut voir à ce point de vue d'observation plus remarquable que la suivante :

Obs. XXXII. — *Antéversion antérieure à la conception; rétroversion à deux mois de grossesse; mobilité extraordinaire de la matrice; récidives fréquentes du déplacement; continuation de la grossesse. — Récidives remarquables dans les grossesses suivantes; réductions faciles par la seule position; heureux résultats*, par M. le professeur L. J. Hubert (1). — Mme E. G. d'une taille moyenne à peine, porte un bassin d'une amplitude exceptionnelle. Mariée très-jeune, elle avait eu deux fausses couches dans la première année de son mariage quand mon collègue et ami, M. Michaux, me pria de l'examiner. Je constatai une *antéversion très-prononcée* de la matrice et quoique le déplacement dans ce sens empêche rarement la grossesse de suivre son cours, je lui attribuai les accidents dont je ne voyais pas la cause ailleurs.

Il fut convenu qu'en cas de nouvelle conception, le repos absolu serait conservé jusqu'à ce que l'organe fût bien au dessus du bassin, et Mme E. extraordinairement désireuse de devenir mère, promit volontiers de se soumettre à cette condition et de me faire venir au moindre accident. Cela ne tarda guère. Vers six semaines, deux mois d'une troisième grossesse, il se manifesta de la gêne dans le bassin, du côté du rectum et surtout du côté de la vessie. Je fus appelé; mais au lieu d'une *antéversion*, c'est une *rétroversion* que je constatai. La réduction fut des plus faciles. Mais la matrice jouissait d'une mobilité telle que bien qu'aucune précaution ne fût négligée, je dus — malgré les quatre à cinq lieues de distance — aller plusieurs fois la remettre en place pendant le troisième mois. Comme on le conçoit, la chose devenait un peu moins facile à mesure que l'organe prenait plus de volume, mais elle n'offrit jamais de difficulté réelle, parce qu'on avait toujours soin de me requérir à temps.

J'eus la pensée de recourir à quelque moyen contentif, mais on sait que les corps étrangers introduits dans le vagin peuvent eux-mêmes devenir cause d'avortement et c'est ce qu'on voulait éviter *à tout prix*..

A trois mois déjà, le déplacement, malgré la largeur extrême du bassin et la mobilité insolite de la matrice, n'était plus guère à craindre, car l'organe

(1) Observation huitième de M. Hubert.

était beaucoup plus gros que d'habitude à cette époque. Il contenait, en effet, deux jumeaux et beaucoup d'eaux. La distension exagérée amena l'accouchement à sept mois et les enfants ne purent être conservés. Ce fut un grand chagrin, mais le mal ne tarda pas à se réparer.

Aux deux grossesses suivantes, je dus encore à plusieurs reprises, aller dans les trois et demi premiers mois, remédier aux malaises occasionnés par une rétroversion qui tendait à se reproduire avec une ténacité désespérante. Ces grossesses parvinrent à terme et donnèrent deux beaux enfants.

A la sixième, les mêmes accidents se reproduisaient avec une plus grande fréquence encore et l'utérus ballottait tellement dans le bassin qu'un jour l'ayant réduit à mon arrivée — et ayant passé là quelques heures — Mme E. me dit avant mon départ : le déplacement s'est reproduit, je le sens, j'en suis sûre, et c'était effectivement exact. L'idée me vint alors de la placer sur les genoux et les coudes et je constatai que cela suffisait pour ramener le fond de l'organe en avant. Je crus dès lors que je pouvais tirer parti de l'excès du mal pour y porter remède. Je conseillai à la jeune dame de prendre de temps en temps — et surtout quand elle éprouvait de la gêne dans le bassin — la position que je venais de lui donner et si cela ne suffisait pas d'augmenter encore l'élevation du siège; ce qu'elle fit, tantôt en s'agenouillant sur un tabouret et s'appuyant les avant bras sur le plancher, tantôt en se mettant à genoux au bord de son lit et se plaçant les mains sur une chaise basse, de manière à donner au tronc toute l'inclinaison voulue. Elle avait immédiatement la sensation très-nette du mouvement de la matrice. Quelquefois ce mouvement était un peu exagéré et il produisait une envie d'uriner. Mais cette gêne ne persistait pas comme l'autre — et la patiente s'en préoccupait peu, parce qu'elle savait que l'antéversion est loin d'avoir la même gravité que la rétroversion.

Grâce à ce moyen elle conduisit non-seulement cette grossesse, mais encore les quatre suivantes, à terme, sans plus réclamer mon ministère, si ce n'est au moment de ses accouchements.

Or, il est évident que de pareilles dispositions morbides produisent facilement la rétroversion, ainsi que nous l'avons déjà vu dans le mécanisme.

S'il y a descente, l'utérus se développe plus que d'habitude dans le petit bassin et peut éprouver quelque difficulté à franchir le promontoire, surtout si ce dernier est assez proéminent. Ensuite, la vessie peut être comprimée vers son bas-fond et l'urine être incomplétement évacuée; le réservoir se distend alors et pousse le fond utérin en arrière pendant que, en s'élevant, il entraîne en avant et en haut le col de l'utérus. D'après Lacroix et Parent surtout, ce mode de production serait le plus fréquent M. Barnes dit aussi qu'il a souvent observé que la rétroversion pendant la grossesse est la suite d'un prolapsus de l'utérus, antérieur à la gestation. Mais, pour cet auteur, ainsi que pour la plupart des modernes, la cause la plus ordinaire de la rétroversion de l'utérus gravide, c'est un déplacement antérieur : rétroversion ou rétroflexion primitive ou consécutive à une grossesse ou à une inflammation péritonéale terminée par des adhérences.

Dans sa thèse, M. Herbet avait déjà émis cette idée et signalé une observation de Haselberg, de Berlin (1868), où la rétroversion avait été constatée avant la gestation. Il rapportait en outre le cas suivant : M. Pajot, consulté par une dame atteinte de rétroflexion, lui conseilla la grossesse comme moyen de guérison. Cette dame devint enceinte, mais l'utérus gravide conserva sa direction vicieuse durant les premiers temps. Un jour, en montant les marches d'un escalier, la malade sentit une violente secousse dans le ventre et éprouva des douleurs atroces. M. Pajot, appelé immédiatement, constata que la réduction était opérée; il combattit les accidents et la grossesse continua heureusement jusqu'à terme. Mais la rétroflexion se reproduisit à l'état de vacuité.

Les anciens auteurs regardaient la rétroversion et surtout la rétroflexion comme étant des obstacles presque invincibles à la conception; mais les observations modernes ont prouvé que ces déplacements n'exercent, à ce point de vue, qu'une influence restreinte, et, qu'à moins d'être très-prononcés ou accompagnés d'autres lésions, ils ne s'opposent pas à la fécondation; ils ne donnent même lieu chez un grand nombre de femmes à aucune douleur, à aucun trouble fonctionnel, et ne se révèlent qu'au toucher; si la grossesse survient, l'organe se rectifie insensiblement, soit spontanément, soit sous l'influence de moyens très simples (Bernutz).

Amussat écrivait déjà en 1843 qu'il avait vu plusieurs femmes atteintes de rétroversion devenir enceintes, mais que généralement la matrice, en se développant, remontait au delà du détroit supérieur et se réduisait pour ainsi dire d'elle-même. Avant lui, Boivin et Dugès citaient une créole qui, mariée à 14 ans, sans jamais avoir été réglée, eut trois accouchements puis trois fausses-couches de deux à quatre mois. Boivin l'ayant alors examinée, trouva l'utérus en rétroflexion et conseilla une grossesse ; mais un avortement nouveau survint à trois mois.

M. Stadfeldt, directeur de la Maternité de Copenhague (1), n'a rencontré aucun cas de stérilité chez trente-six femmes atteintes de rétroflexion.

M. Howitz croit que les flexions ne rendent pas les conceptions impossibles mais plus ou moins difficiles : dix-neuf femmes atteintes d'antéflexion ont donné naissance à trente enfants vivants et ont eu nonante-huit avortements ; quatorze, affectées de rétroflexion, ont eu quinze enfants vivants et un total de trente-sept avortements; *presque toujours ces derniers sont survenus dans le troisième et le quatrième mois.*

M. Courty a vu des femmes atteintes de flexions utérines devenir grosses et trouver dans la gestation, les unes le redressement de leur flexion, les autres une augmentation de la maladie, surtout dans les cas de rétroflexion nécessitant les secours de l'art pour en opérer la réduction. M. Courty prétend du reste (Association française pour l'avancement des sciences, congrès de Lille,

(1) Hospital Tidende, Copenhague, juillet 1875.

1874), qu'on n'établit pas suffisamment les différences qui existent entre les rétroflexions, les déflexions et les antéflexions. Pour ce savant auteur, l'antéflexion consiste en une courbure presque normale et non en une flexion proprement dite ; elle est fréquente chez le fœtus, chez les vierges et chez les femmes non accouchées ; la rétroflexion, au contraire, constitue une véritable cassure utérine, caractérisée par une certaine altération des fibres musculaires, et elle ne s'observe que chez les femmes mères.

En définitive, et sans avoir besoin de citer tous les auteurs qui ont traité la question, nous pouvons dire qu'il est généralement admis et prouvé aujourd'hui : 1° Que la plupart des femmes atteintes de certains déplacements et déviations de la matrice ne se plaignent nullement et ne sont atteintes d'aucun trouble fonctionnel ; c'est surtout le cas des femmes ayant des antéversions ou des antéflexions simples, congéniales ou non ; 2° que le plus souvent ces changements de situation n'empêchent pas la conception.

Mais les déplacements en arrière sont-ils aussi anodins ? Je ne le pense pas. D'abord la fécondation est plus difficile, à cause de la position du col très en avant dans la rétroversion et surtout par la disparition plus ou moins complète de la lumière utérine, à l'endroit de la flexion qui est souvent une véritable cassure dans la rétroflexion et s'accompagne fréquemment d'une modification de texture aussi bien dans le corps même de l'organe qu'à l'angle de brisure. Ensuite, la pratique journalière démontre que, si les déplacements en avant sont d'habitude simples et non remarqués des femmes, les déplacements en arrière sont fréquemment compliqués et amènent différents troubles locaux qui ne passent point inaperçus : tels sont les troubles menstruels, la leucorrhée, la pesanteur, et surtout une douleur siégeant à la région sacrée et très-difficile à soulager.

Quoi qu'il en soit, il est certain que les femmes atteintes de rétroversion ou de rétroflexion peuvent devenir enceintes et nous en citerons différents exemples ; mais ce qu'il importe de savoir, au point de vue spécial qui nous occupe, c'est la fréquence, l'importance de cette cause de la rétroversion pendant la grossesse.

Parlons d'abord pour le principe.

Il est clair que si une femme atteinte de rétroversion ou de rétroflexion devient enceinte, il y aura rétroversion ou flexion de l'utérus gravide ; mais, si la rectification se fait insensiblement, au fur et à mesure du ramollissement et de l'ampliation de l'organe, tout se passera sans éveiller l'attention de personne, et le praticien n'a pas à s'en occuper.

Ces cas sont-ils fréquents ? Quelques-uns l'affirment, et certainement je ne puis dire le contraire. Mais je me demande s'ils ont si souvent eu l'occasion d'observer l'évolution en question. En effet, d'après eux, M. Bernutz spécialement, la plupart des déplacements n'entraînent aucun trouble à l'état de vacuité

et la rectification de l'utérus se fait d'habitude si tranquillement que les femmes n'y font pas la moindre attention. A quelle époque le médecin est-il donc si souvent appelé à constater un état qui ne se révèle qu'au toucher? Il faut, me semble-t-il, qu'on ait eu l'occasion d'examiner antérieurement, puis d'apprendre que, malgré la lésion, une grossesse a été conduite à bon terme sans rien présenter de particulier, et ces cas ne sont pas particulièrement nombreux dans la littérature médicale.

Il ne m'est donc pas prouvé que les déplacements en arrière soient anodins et se rectifient si souvent et sans bruit au commencement de la grossesse : nous avons vu en effet plus haut que si les quatorze femmes observées par M. Howitz et atteintes de rétroflexion, avaient eu quinze enfants vivants, elles avaient avorté, du troisième au quatrième mois, dans un nombre plus que double de grossesses; les trente-six femmes observées par M. Stadfeldt sont toutes devenues enceintes, mais nous ignorons comment toutes ces grossesses se sont passées et terminées.

Du reste, si dans certains cas, nombreux mêmes si l'on veut, des femmes, atteintes de rétroversion ou de rétroflexion, ont vu leur utérus gravide se redresser insensiblement, sans troubles notables ni pour elles ni pour leur enfant, nous pouvons citer des faits où des accidents plus ou moins sérieux se sont présentés et où l'avortement s'est produit même avant un enclavement véritable. Au point de vue pratique, la connaissance de ces faits est excessivement importante parce qu'elle impose à l'accoucheur une surveillance prudente et quelquefois une thérapeutique appropriée, préventive ou consécutive.

Nous avons relaté déjà dans ce chapitre le fait de M. Pajot et celui de Boivin et Dugès; en voici de plus remarquables et instructifs.

Obs. XXXIII. — *Six avortements, suites de rétroflexion de l'utérus; application d'un pessaire de Hodge; grossesse nouvelle conduite à bon terme*, par le Dr Phillips, de l'hôpital de Guy (1). — Marie C., âgée de 36 ans vint à l'hôpital de Guy, le 13 août 1870. Elle était mère de six enfants et avait, de plus, avorte six fois dans l'espace de trois ans, entre la fin du deuxième et du troisième mois. Elle éprouvait de la pesanteur et des douleurs gravatives dans le bassin, des difficultés pour aller à la selle et pour uriner. Ces symptômes augmentaient chaque fois qu'elle était enceinte.

Aucune cause générale ne pouvait expliquer ces accidents successifs, seulement la malade était un peu pâle et paraissait oppressée, probablement à cause de ses nombreuses fausses couches. L'utérus était en rétroflexion, le col paraissait sain, le corps, de volume normal. M. Phillips rétablit l'organe dans sa position naturelle et le soutint au moyen d'un pessaire de Hodge.

Bientôt cette femme devint enceinte et se présenta différentes fois à M. Phillips pendant les deux ou trois premiers mois, mais, comme elle souffrait peu de

(1) On rétroflexion of the uterus as a frequent cause of abortion, by Dr Phillips, of Guy's hospital. — Obs. 2e. (Traduction de l'auteur.)

ses symptômes habituels gênants, le chirurgien ne la revit plus qu'au sixième mois de la gestation. Alors il trouva que l'utérus occupait sa position normale dans l'abdomen et il retira le pessaire. La malade accoucha à terme et se présenta ensuite à l'hôpital avec son enfant pour annoncer l'heureux résultat du traitement.

Obs. XXXIV. — *Deux avortements; application d'un pessaire de Hodge; grossesse nouvelle conduite à bon terme*, par le Dr Phillips, de l'hôpital de Guy (1).— Marie W , âgée de 35 ans, fut admise à l'hôpital de Guy le 8 février 1870. Elle aussi était mère de six enfants, tous nés vivants et à terme. Elle avait toujours joui d'une bonne santé, soit pendant sa vie de jeune fille, soit depuis son mariage jusqu'à son dernier accouchement qui eut lieu en juillet 1868. En l'année 1869, elle avorta deux fois à la dixième semaine de gestation, en juillet et en novembre. Elle se plaignait de violentes douleurs dans le bassin et de ménorrhagies. L'utérus fut trouvé engorgé et rétrofléchi; un petit polype muqueux existait à l'entrée du col; il fut enlevé et on introduisit un pessaire de Hodge. Trois semaines après, la malade quitta l'hôpital. Après un certain temps elle essaya d'enlever le pessaire, mais elle revint quinze jours après le faire replacer. L'utérus était de nouveau rétrofléchi.

Peu de temps après avoir remis le pessaire, la malade devint enceinte; elle se sentit très peu gênée pendant les premiers mois. Entre le quatrième et le cinquième, M. Phillips constata que l'utérus atteignait la moitié de la distance du nombril et il ôta le pessaire.

M. Phillips a revu encore cette femme qui lui a déclaré de nouveau que sa grossesse s'avançait naturellement et qu'elle s'attendait à accoucher dans quelques semaines.

Obs. XXXV. — *Avortements nombreux, suites de rétroflexions non traitées*, par le Dr Phillips, chirurgien-adjoint à l'hôpital de Guy (2). — Marie W., âgée de 31 ans, mariée depuis neuf ans, a eu trois enfants à terme. Alors se sont succédé au moins quatre avortements entre le 3e et le 4e mois. Puis un enfant vint à terme et vivant. Une grossesse suivante se termina de nouveau par un avortement au troisième mois. Cette dame devint de nouveau enceinte et consulta M. Phillips pour des pesanteurs insupportables et des souffrances dans le bassin, des incommodités et de l'irritation de la vessie : l'utérus fut trouvé en rétroflexion complète et augmenté de volume. Jusqu'au troisième mois, l'organe ne manifesta aucune tendance à s'élever au-dessus du détroit supérieur.

M. Phillipps ne revit plus la malade, mais craint qu'elle n'ait de nouveau avorté.

Cette femme disait que, depuis ses trois premières couches, elle était péniblement affectée par de la dysurie à toutes ses grossesses; ce symptôme se montrait dans le commencement du deuxième et continuait jusqu'au troisième ou au quatrième mois : survenait alors l'expulsion de l'œuf (excepté dans un cas).

(1) *Loc. cit.*, obs. 3e.
(2) *Loc. cit.*, obs. 1re.

Obs. XXXVI. — *Rétroversion antérieure à la gestation; complications au quatrième mois; réduction à peu près complète, guérison Tumeurs de la partie postéro-inférieure de la matrice*, par M. le professeur L. J. Hubert, de Louvain (1). — Mme J., d'Anvers, a d'abord eu deux fausses-couches probablement produites par une rétroversion utérine. Elle est d'une taille un peu au-dessous de la moyenne, mais son bassin est si large qu'une nouvelle grossesse étant péniblement arrivée à terme, tout l'œuf en bloc fut expulsé une demi-heure après le départ de l'accoucheur qui croyait avoir encore du temps devant lui. Le mari eut heureusement la bonne inspiration de rompre les membranes et sauva ainsi l'enfant; mais celui-ci était chétif et succomba au bout de quelques jours.

Une nouvelle grossesse très-pénible aussi, surtout dans les quatre premiers mois, parvint à terme et se termina par la naissance d'une petite fille, aujourd'hui âgée de huit ans. Mais la mère ne se remit pas complétement de ses couches; elle conserva un engorgement de la matrice avec rétroversion de l'organe au premier degré, écoulement catarrhal abondant, constipation opiniâtre, dysurie habituelle, etc. Ce fut alors que je fus appelé à lui donner des soins avec son médecin ordinaire; l'engorgement se dissipa complétement, mais la rétroversion subsista, la matrice formant en avant l'angle qu'elle doit former en arrière, par rapport à l'horizon. Cette déviation augmentait aux époques cataméniales et rendait la marche à pied et le mouvement d'une voiture pénibles outre mesure.

Les bains de mer ne produisirent qu'un soulagement incomplet et passager. On peut dire que, depuis ses dernières couches, Mme J. n'a pas été un jour sans souffrir du côté du bassin, vers les lombes et les aines. Ces malaises et ces souffrances ne firent qu'augmenter dans les quatre premiers mois d'une nouvelle grossesse survenue en 1871, près de sept ans après la précédente. Vers trois mois trois quarts, la constipation et la difficulté d'uriner devinrent telles que, le médecin étant malade, je fus appelé.

Je trouvai la matrice enclavée dans le petit bassin et serrée au point que l'avortement et les accidents inflammatoires devaient bientôt s'ensuivre, si la réduction n'était pas opérée. Après avoir vidé la vessie, et administré un lavement qui amena une selle très-copieuse, je plaçai donc la malade sur son côté droit et de manière à relâcher les parois du ventre; puis introduisant la main droite dans le vagin, jusqu'à la racine du pouce (laissé à l'extérieur), j'allai refouler le fond de la matrice, peu à peu, graduellement, y mettant le temps, et je parvins non sans peine, non sans causer une vive douleur, à le refouler au-dessus du promontoire. Je ne parvins pas à le redresser completement, mais il était désenclavé, je le sentis, je le palpai à l'hypogastre et il pouvait se développer librement dans l'abdomen.

J'insistai de nouveau sur les précautions que j'avais déjà conseillées antérieurement et la grossesse, quoique toujours un peu pénible, parcourut son cycle complet et se termina par la naissance d'une seconde petite fille asphyxiée, mais que mon fils, appelé à la recevoir, parvint à ranimer. Cette petite fille est aujourd'hui âgée de huit mois et bien portante.

(1) Obs. inédite, 7e de M. Hubert.

Je dois ajouter que, grâce aux précautions prises après l'accouchement, l'utérus avait repris une direction à peu près normale et que, pendant quelques mois, Mme J. se trouva notablement mieux, mais le cortege des misères est bientôt revenu, et; dans deux visites récentes, nous reconnûmes, mon fils et moi, que la rétroversion au premier degré se compliquait de l'existence de deux petites tumeurs dures et du volume d'un pois, se développant sur la partie inférieure de la paroi uterine postérieure. J'espère qu'elles sont de nature fibreuse, mais, même à ce titre, elles constituent une aggravation très-réelle de la situation.

Voilà certes des cas où l'utérus déplacé en arrière ne se redressait pas facilement, ni sans encombre pendant la grossesse. Du reste, si M. Barnes déclare, comme M. Bernutz, que la rétroflexion à l'état de vacuité est une cause fréquente de la rétroflexion pendant la grossesse, il est aussi d'avis, ainsi que MM. Braxton-Hickx et Phillips, que cette situation vicieuse de l'organe est une des causes les plus fréquentes de l'avortement; or, on sait si ce dernier est commun.

M. Bernutz, au contraire, croit que la rectification graduelle et insensible du viscère est la terminaison la plus ordinaire, et il en trouve la raison dans la fréquence de la rétroversion à l'état de vacuité comparée à sa rareté relative pendant la grossesse. Je me suis déjà expliqué à cet égard et je me contente ici de rappeler: 1° La difficulté d'établir une statistique si les malades ne se plaignent pas, donc défaut d'examen avant et pendant la grossesse; 2° la conception empêchée dans quelques cas, surtout si le déplacement est très-accentué et accompagné d'autres lésions de l'utérus (inflammation, engorgement, ulcérations, dégénérescence, etc.); 3° la terminaison par un avortement simple, dont la cause reste méconnue.

Si, dans des cas plus ou moins nombreux, la matrice, antérieurement penchée en arrière, ne se redresse pas, c'est que vraisemblablement d'autres causes interviennent; soit la forme du bassin, soit l'état des ligaments et du tissu utérin, soit l'action de la vessie, du rectum ou d'efforts, soit des adhérences morbides : c'est à ces dernières que M. Bernutz accorde la plus large part; nous en reparlerons dans les causes déterminantes.

Une chose m'a surpris dans la discussion qui a suivi la lecture du rapport sur ce travail à l'Académie de Paris. M. Depaul, qui a pris la parole pour condamner certaines méthodes de traitement que j'avais cru devoir préconiser, n'a nullement combattu les idées exclusives émises par M. Bernutz relativement à l'étiologie de la rétroversion de l'utérus gravide. Le savant et habile professeur de clinique obstetricale ne les partage cependant nullement, car il les cite à peine dans son ouvrage paru en 1873, et certainement personne n'est plus à même que lui de les contrôler.

Je ne veux pas abandonner ce sujet sans donner en résumé les indications pratiques qui ressortent de la discussion à laquelle je viens de me livrer; elles

sont de la plus haute importance et doivent toujours être présentes à l'esprit du médecin, s'il ne veut pas commettre des bévues graves et préjudiciables à sa réputation et à ses malades.

1° *Les déplacements de la matrice peuvent exister sans que les femmes en éprouvent d'incommodité; en avant, ils sont souvent congéniaux; en arrière, ils sont plus communs chez les pluripares; celui qui mérite le plus d'attention est la rétroflexion.*

2° *Ils n'empêchent pas la conception, mais la rendent difficile, surtout quand le fond utérin est en arrière, et forme un angle très-prononcé avec le col.*

3° *Pendant la grossesse, l'organe peut se redresser spontanément, mais il a, dans certains cas, de la tendance à expulser son contenu ou à s'enclaver dans le petit bassin.*

4° *Il faut donc surveiller les femmes enceintes qui se trouvent dans les conditions précitées et se tenir prêt à agir en cas de menaces d'avortement ou d'enclavement.*

5° *Quand une femme est atteinte de fausses couches répétées, il est nécessaire de procéder à un examen local attentif pour s'assurer de la situation de l'utérus.*

Je terminerai ce paragraphe en signalant quelques observations où il est fait mention d'autres affections utérines antérieures.

Dans le cas de Lyon, la femme était sujette depuis longtemps à un renversement du vagin; Mme Pin (1re observation de Martin de Lyon) avait eu une chute de matrice; la femme Huet (8e du même) était affectée d'une chute de matrice depuis dix ans; Mme Percy (10e du même) était affectée d'une descente de matrice depuis sa seconde couche; la femme Mineau (1re de Parent) était sujette à une descente et à des flueurs blanches; l'épouse Courtot (2e du même) avait de la leucorrhée; la seconde malade de Baudelocque était atteinte depuis cinq à six semaines d'une descente de matrice; la quatrième de M. Hubert était sujette aux flueurs blanches; Mme E. G., (8e du même) avait la matrice en *antéversion* et excessivement mobile (c'est le seul cas, je pense, où ce déplacement a été constaté avant la rétroversion de l'utérus gravide); la femme Cornut (observation de M. Gallard) éprouvait depuis sa fausse couche plusieurs symptômes de déplacement; la femme Bogaert (observation de Wauters) avait une descente de matrice; Mme C. (observation de Puzin) était sujette à des obliquités et à des descentes de matrice.

4. — *Déplacements aux grossesses précédentes.* — Si une femme a été atteinte de rétroversion pendant une grossesse, doit-on craindre une récidive à la même gestation ou dans les grossesses suivantes? La réponse n'est pas douteuse. La prédisposition est même plus grande puisque les ligaments ont été fortement tiraillés ou même déchirés. Si les récidives ne sont pas signalées plus fréquemment, c'est que toutes les femmes n'ont pas une matrice aussi mobile que Mme E.G...

ou ne sont pas aussi imprudentes que la femme M... ; elles prennent des précautions qui les garantissent dans l'avenir. »

Quand la matrice occupait une situation vicieuse avant la grossesse, elle reprend souvent la même position après l'accouchement, comme dans l'observation de M. Pajot, rapportée en résumé plus haut d'après M. Herbet. Si donc la théorie de M. Bernutz avait une portée assez étendue, les récidives devraient être, semble-t-il, assez fréquentes. Ce n'est pas cependant le cas et elles sont assez rarement signalées.

J'ai déjà cité les récidives de la femme M .. et celles plus nombreuses de Mme E. G... et des malades de MM. Barnes et Phillips ; les deux malades d'Amussat eurent également une récidive à la grossesse suivante ; de même une malade de Négrier. Mme P. N .. (obs. 3e de M. Hubert) ne mena à terme les cinq grossesses suivantes qu'en suivant un traitement convenable, car la matrice se porta souvent en rétroversion dans les trois premiers mois ; elle eut même une rétroversion après un de ses accouchements et une autre pendant une métrite exfoliative. Les malades des 10e et 11e observations de M. Hubert eurent des récidives aux grossesses suivantes, et la première eut de plus deux récidives pendant la même grossesse, ce qui ne l'empêcha pas d'arriver à terme.

La récidive eut lieu quelques heures ou quelques jours après la réduction dans quelques autres cas encore, ainsi dans ceux de Bartlett, Chapplain, Wittich, dans les 4e et 9e de Martin (de Lyon), dans les 2es de Godefroy et de Parent, etc.

Voici les trois intéressantes observations de M. Hubert, dont je viens de parler.

Obs. XXXVII. — *Rétroversion à deux mois et demi de grossesse, avortement ; menaces de rétroversion dans les cinq grossesses suivantes conjurées par le traitement prophylactique ; rétroversion post partum ; rétroversion avec métrite exfoliative ;* par M. le professeur L. J. Hubert (1). — Mme P. N... a l'excavation pelvienne large et une matrice très-disposée à basculer en arrière.

Elle est accouchée une première fois à sept mois, d'un enfant putride. Je ne sais par quelles causes, car je ne lui donnais pas encore des soins à cette époque.

A deux mois et demi d'une seconde grossesse, elle perdit un peu de sang pâle et me fit appeler. Elle éprouvait des envies fréquentes d'uriner et par moment de petits tiraillements aux aines et aux lombes. Je voulus pratiquer le toucher, mais il répugnait vivement à la jeune dame et j'eus le tort de ne pas insister. Je prescrivis un lavement, le repos, un air frais, la diète, des boissons acidules et une potion contenant 60 grammes de sirop diacode.

C'était le matin ; je fus rappelé le soir parce que la perte et les douleurs avaient augmenté. J'eus cette fois recours au toucher et je trouvai l'utérus couché parallèlement au plan du détroit supérieur, le museau de tanche corres-

(1) Obs. inédite ; 3e de M. Hubert.

pondait à peu près au milieu de la symphyse pubienne. Tout l'organe conservait une notable mobilité. J'engageai la malade à se mettre sur son côté gauche, et comme le col était long et ferme, il me suffit de l'accrocher avec l'index et le médius droits pour le reporter en arrière et remettre le viscère dans sa situation normale. Mais il était trop tard, l'avortement, qu'une réduction faite le matin aurait *peut-être* prévenu, eut lieu la nuit à une heure.

Dans les trois premiers mois des cinq grossesses suivantes, la matrice se porta souvent en rétroversion, occasionnant des tiraillements vers le sacrum et surtout aux aines, des envies fréquentes d'uriner et parfois de la difficulté dans la miction.

Mais le déplacement ne dépassait pas le premier degré et grâce aux précautions indiquées plus haut et observées jusqu'à environ quatre mois et demi, Mme P... accoucha chaque fois heureusement à terme. Une de ses couches faillit cependant se compliquer. Elle était au onzième jour, quand un matin un de ses enfants, laissé un moment seul sur une carpette près de son lit, se mit à pleurer. Elle se baissa pour le prendre, le soulever et le coucher auprès d'elle. Elle ressentit à l'instant même une vive douleur dans les aines, une pression sur le fondement, un besoin illusoire d'aller à la selle et d'uriner, bientôt des nausées et une grande anxiété. Je fus appelé en hâte. Les conditions dans lesquelles les accidents s'étaient produits, leur nature, le *boulet de canon* que la patiente accusait dans le bassin, l'espèce de vide laissé à l'hypogastre, me mettaient sur la voie d'un diagnostic que l'exploration vaginale vint confirmer. Le fond de la matrice se trouvait dans la concavité du sacrum. Je mis Mme P... sur son flanc droit, et au moyen des quatre doigts de la main droite je repoussai, non sans rencontrer de résistance et non sans causer quelque douleur, le fond de la matrice au-dessus du promontoire ; le point dépassé, il me suffit de reporter deux doigts vers le col et d'appuyer un peu dessus pour compléter le redressement. Les accidents se dissipèrent à l'instant. Pour éviter leur reproduction, je renouvelai relativement au décubitus, au soin d'uriner souvent et d'éviter tout effort, des conseils qu'elle connaissait déjà. Mais la femme est oublieuse et *nitimur in vetitum semper*. Je dis *nitimur* car il y aurait de l'injustice à l'accuser seule.

Mme P... mère de cinq enfants nés à terme, comme je viens de le dire, avait eu ses règles du 1er au 7 mai 1858, et paraissait avoir ses raisons de croire qu'elle avait de nouveau conçu le 8. Deux mois plus tard, le 9 juillet, elle alla en soirée et y dansa. Dans la nuit, vers le matin elle perdit un peu de sang, puis dans la journée et le lendemain un peu de liquide jaunâtre. Le 12 au matin un peu de sang ayant reparu je fus appelé. Il n'existait pas de douleur et je ne constatai que le premier degré de la rétroversion. Le col était ferme et long, de sorte qu'il me suffit d'agir sur lui pour faire basculer la matrice entière et la remettre dans l'axe du détroit supérieur. Pour prévenir la fausse couche, je pratiquai une petite saignée, je fis passer un lavement, j'administrai deux grains d'opium et recommandai le décubitus latéral et de temps en temps la pronation complète.

Le 14, vers 3 heures du matin, l'écoulement sanguin devint plus abondant, il s'y joignit des douleurs et une envie continuelle d'uriner qui ne pouvait être satisfaite.

La vessie contenait cependant peu de liquide. Je rencontrai d'abord dans le vagin un corps que je pris pour l'œuf et que j'amenai au dehors — mais sans me donner le temps de l'examiner, je fis coucher Mme P.. sur son côté gauche et je réintroduisis deux doigts de la main droite pour procéder à la réduction de la matrice qui se trouvait rétroversée au second degré. L'opération fut faite et très peu douloureuse, car l'organe n'était pas bien volumineux et il avait conservé une grande mobilité, de sorte qu'il me suffit d'agir d'abord sur le fond pour le relever au-dessus du promontoire, puis sur le col pour compléter le redressement du viscère. Tout rentra immédiatement dans l'ordre.

Le corps expulsé n'était pas un œuf, mais la muqueuse utérine, plus épaisse dans certains points que dans d'autres, complétement exfoliée et sortie *intacte* avec ses trois orifices bien distincts (le cervical plus large que les tubaires), avec sa surface interne lisse et sa surface externe chagrinée et tomenteuse.

Obs. XXXVIII. — *Rétroversion à trois mois de grossesse, hémorrhagie, réduction par le procédé de Martin, avortement ; récidive à la grossesse suivante, réduction, deux récidives, guérison ;* par M. le professeur L. J. Hubert (1). — Mme J... s'est mariée jeune et à 31 ans, elle était mère de huit enfants nés à terme et bien portants. A la fin de mars et au commencement d'avril 1872, elle était entre deux et demi et trois mois d'une neuvième grossesse, quand, à la suite de fatigues causées par un déménagement, elle éprouva des douleurs autour du bassin, des envies fréquentes d'uriner, un peu de gêne et un peu de cuisson dans la miction. Comme elle est très courageuse, elle ne cessa pas de se livrer aux travaux, mouvements et efforts qu'entraîne l'installation d'un grand ménage dans une nouvelle demeure. Bientôt les malaises allèrent en augmentant, des contractions utérines survinrent et il se déclara une hémorrhagie. Mon fils trouva la matrice couchée presque horizontalement dans le bassin, et il en opéra la réduction sans grande difficulté en agissant sur le fond d'abord, puis sur le col ; mais la perte était assez grave pour exiger le tamponnement, et le lendemain un œuf d'environ trois mois était retrouvé au-dessus du tampon, c'est-à-dire au haut du vagin.

Outre les précautions ordinaires conseillées pour éviter le retour du déplacement, mon fils recommanda à Mme J... de laisser à la matrice un repos dont elle avait bien besoin. Ce qu'elle fit effectivement jusqu'au 10 août, date assignée à une nouvelle conception et d'une manière si précise, que dès les premiers moments et toujours, Mme J... me demanda si elle pouvait compter sur moi pour le 10 mai 1873.

Elle était donc très-sûre d'être à deux mois et neuf jours de sa dixième conception quand, éprouvant — moins les contractions utérines et la perte de sang — tous les phénomènes avant-coureurs de sa fausse couche, elle me fit appeler le 18 octobre 1872.

J'opérai la réduction sans peine, mais elle ne se maintint pas, je dus recommencer le 20 et le 23, et exiger cette dernière fois un repos absolu de quelques jours, avec les précautions relatives au décubitus, à l'émission des urines et au cours des selles.

(1) Obs. inédite; 10e de M. Hubert.

Le déplacement n'avait pas duré assez longtemps et la manœuvre n'avait pas offert assez de difficulté pour apporter des troubles notables dans la circulation utérine et fœtale. Aussi la grossesse reprit-elle sa marche regulière et se termina le 8 mai 1873, par la naissance d'une fille qui pesait 4 1/2 kilogr.

Obs. XXXIX. — *Trois grossesses compliquées de rétroversion utérine entre deux et demi et trois mois; deux avortements;* par M. le professeur L. J. Hubert (1). — Mme Van..., grande femme, aux couleurs roses, au bassin large et à la fibre molle, a eu un premier accouchement à terme, puis une fausse couche, puis encore trois accouchements à terme, puis de nouveau tout récemment, le 8 mai 1873, une nouvelle fausse couche — en tout six grossesses.

De ces six grossesses, trois, la deuxième, la cinquième et la sixième se sont compliquées de rétroversion utérine entre deux et demi et trois mois. La réduction se fit sans grande difficulté et presque sans douleur dans deux cas, mais l'avortement ne s'en suivit pas moins parce qu'il existait déjà, au moment où je fus appelé, des contractions utérines et une perte de sang assez abondante; dans le dernier cas d'ailleurs il était inévitable puisque les eaux étaient écoulées et que l'embryon était dissous, de manière que je ne retrouvai qu'un petit bout de cordon sur le point de l'œuf correspondant au placenta.

Dans le troisième cas (cinquième grossesse), à la suite d'un effort, l'utérus à trois mois se trouvait couché horizontalement dans le bassin et gênait notablement le cours des fèces et des urines. Aussi dus-je placer la femme sur son côté droit et introduire quatre doigts de la main droite dans le vagin pour refouler, non sans causer une douleur assez vive, le fond de l'organe au-dessus du détroit supérieur. La grossesse arriva heureusement à terme.

5. — *Volume de l'utérus.* — On comprend que ce volume doit exercer la plus grande influence : le petit bassin est inextensible, l'utérus ne peut donc y tomber que si son grand axe n'est pas supérieur au diamètre du détroit qu'il doit traverser, et le plus souvent, sinon toujours, c'est par un diamètre oblique ou la ligne sacro-pubienne qu'il passe. Si la gestation est pelvienne et que le fond utérin ne dépasse pas le promontoire, les accidents graves se présenteront quand les diamètres du contenant et du contenu seront à peu près égaux.

Martin (de Lyon) pensait que la rétroversion ne pouvait avoir lieu, si l'utérus n'était pas engorgé, que dans les bassins dont l'excavation avait peu d'étendue « car, dit-il, la matrice soumise à l'influence des causes qui renverseraient son fond en arrière, ne pourrait rester fixée dans cette vicieuse position, son diamètre n'étant pas égal au diamètre antéro-postérieur de l'excavation. »

Désormeaux et P. Dubois disent qu'avant le deuxième mois de la grossesse, l'utérus ne paraît pas assez volumineux pour obéir aux causes qui pourraient le renverser, et Capuron de même que Dugès semblent du même avis.

Mais il faut distinguer l'enclavement de la rétroversion ; évidemment, si

(1) Obs. inédite; 11e de M. Hubert.

l'utérus n'est pas engorgé, si la grossesse n'a pas atteint une époque suffisante, il ne peut pas être *fixé* dans l'excavation, son enclavement ne peut exister; mais la rétroversion est possible et se maintient si les causes qui l'ont amenée continuent à agir (dilatation de la vessie, pression des intestins, tumeur du segment utérin postérieur, adhérences, lésions des ligaments, etc., etc.)

Rappelons, pour arriver à la limite supérieure, les dimensions du bassin et de l'utérus pendant les premiers mois de la gestation. Les diamètres de l'excavation sont de 12 centimètres; au détroit supérieur, le sacro-pubien a 11 centimètres, les obliques 12 et le tranversal 13 1/2. A trois mois de grossesse, l'utérus mesure environ 7 centimètres dans toutes ses directions, plus 3 à 4 centimètres pour le col; à quatre mois, les diamètres sont de 9 1/2 à 10 centimètres et à cinq mois le diamètre du fond au col est long de 15 à 16 centimètres, mais les autres n'en ont encore que 12 à 13. Mais il faut remarquer que les diamètres du bassin sont un peu diminués par les parties molles, et d'un autre côté que l'utérus est compressible, qu'un de ses diamètres peut diminuer d'étendue pendant qu'un autre augmente, qu'il peut se présenter par un de ses bords, se recourber sur son col ou même sur lui-même en fer à cheval, qu'il présente quelquefois assez de flaccidité pour permettre à un segment quelconque de descendre, de s'affaisser dans l'excavation.

On voit qu'il est aussi difficile de fixer la limite supérieure que la limite inférieure.

On peut cependant dire que la rétroversion est un accident de la première moitié de la gestation et que, dans la très-grande majorité des cas, c'est entre trois et quatre mois qu'il apparaît.

Si le fond utérin ne s'élève pas directement en haut, ou qu'il soit pressé insensiblement de haut en bas de façon enfin à ne pas dépasser le promontoire, les organes du petit bassin, spécialement la vessie et le rectum, ne subiront de compression importante que vers le troisième mois de la grossesse, parce qu'alors le grand axe utérin, col compris, a environ 11 centimètres, c'est-à-dire qu'il est égal à peu près aux diamètres de l'excavation. Avant cette époque le fond utérin peut être porté en arrière, mais il n'est pas enclavé.

Les circonstances sont un peu différentes dans les cas où une cause subite projette le fond de la matrice au-dessous du promontoire; avant l'époque que nous venons de déterminer, le fond reprendra sa position dès que la cause aura cessé d'agir, à moins toutefois que les ligaments ronds et les ligaments utéro-sacrés n'aient été rompus ou fortement endommagés; mais après trois mois, le fond pourra être retenu, accroché par l'éminence sacrée, et les contractions des ligaments musculaires ne parviendront pas d'habitude à remettre la matrice en place, surtout que bientôt les effets du déplacement deviendront causes à leur tour (dilatation de la vessie et des intestins.)

Plus sera grand le volume de l'utérus, plus devra être considérable la force

qui sera nécessaire pour abaisser le fond sous l'angle sacro-vertébral et plus seront rapides les symptômes d'incarcération.

Il est difficile d'admettre qu'à certain moment la rétroversion puisse encore s'effectuer; ainsi après le cinquième mois, *toutes* les dimensions de l'organe gestateur sont supérieures aux diamètres de l'excavation, tandis qu'auparavant, son grand axe seul était disproportionné, et le bassin n'était pas rempli dans ses diamètres transverse et obliques. On doit plutôt supposer, si l'accident se produit à cinq mois, des dimensions exagérées du bassin ou une petitesse anomale du produit de la conception. Après six mois, une rétroversion vraie, le fœtus étant vivant, ne peut plus se produire; ce n'est plus qu'un affaissement du segment postérieur de l'utérus, une obliquité postérieure.

Dans toutes ces appréciations, il faut tenir compte évidemment des dimensions du bassin, de la quantité du liquide amniotique, de la flexion du col, etc.

Ainsi, un enclavement pourra être plus prononcé à deux mois dans un bassin rétréci, s'il y a beaucoup d'eau, si l'embryon est très-développé ou dans la grossesse gémellaire, si les parois utérines sont fortement engorgées, qu'à quatre mois dans des conditions opposées et avec flexion du col.

Avant d'arriver aux faits, voyons l'opinion de quelques auteurs.

Pour M. Moreau la rétroversion ne peut s'effectuer que dans les quatre ou cinq premiers mois « jamais au-delà, car, passé ce terme, le diamètre longitudinal de l'utérus étant supérieur à l'étendue du diamètre sacro-pubien, elle devient impossible. »

Capuron et Gardien prétendent que le renversement n'est plus possible après le quatrième mois, parce qu'après cette époque la longueur de l'utérus surpasse celle du bassin mesurée du pubis au rectum. Baudelocque et Murat sont du même avis, mais ne sont pas aussi affirmatifs parce qu'ils connaissaient l'observation de Smellie.

Pour Boivin et Dugès, Maygrier, Cazeaux, Martin (de Lyon), Joulin, Chailly, etc., l'accident se présente d'habitude entre trois et quatre mois. M. Depaul est du même avis.

Désormaux et P. Dubois n'admettent pas, ainsi que nous l'avons déjà vu, qu'il puisse se produire avant le deuxième mois. Ces auteurs pensent de plus qu'après le quatrième mois, l'utérus ne peut plus se loger dans l'excavation, à cause de la trop grande étendue de son diamètre longitudinal. Dans les observations de Smellie et de Meckel, disent-ils, il est question du cinquième mois, mais ce mois commence dès la fin du quatrième.

Négrier est d'avis que c'est vers le quatrième mois que le déplacement a toujours lieu.

Pour Elleaume, la rétroversion ne peut plus se produire après cinq mois.

M. Stoltz dit simplement qu'on la rencontre dans les premiers mois de la gestation.

D'après M. Saboia, elle peut survenir en tout temps de la grossesse, mais plus fréquemment dans les trois ou quatre premiers mois.

Jacquemier pense que l'amplitude du bassin, le volume de l'œuf et son arrêt de développement expliquent les cas où le déplacement est survenu pendant le cinquième et même le sixième mois, mais qu'il survient d'ordinaire entre le troisième et le quatrième.

Pour Nægelé, il se fait d'habitude dans le troisième mois et pour Churchill, avant la dix-huitième semaine.

Denman émet la même opinion et ajoute que « si la matrice est peu élargie ou si elle l'est au-delà d'un certain point, il est difficile que la rétroversion se fasse ; car dans le premier cas, si la cause de la rétroversion existe, le poids pour la produire manque dans le fond, et dans l'autre la matrice se sera élevée au-dessus de la projection du sacrum et supportée par l'épine. »

Burns est d'avis que dans les cas ordinaires l'accident survient pendant le troisième ou le quatrième mois, mais qu'il peut se présenter dans le cinquième si le bassin est large et le liquide amniotique peu abondant, surtout s'il y a flexion du col.

M. Barnes admet que la rétroversion subite se produit vers trois ou quatre mois.

Les auteurs belges, MM. Hubert, Hyernaux, Van Leynseele partagent la même opinion.

M. Salmon tire des faits qu'il cite les conclusions suivantes : 1° La rétroversion a lieu ordinairement du troisième au quatrième mois ; 2° elle peut avoir lieu avant cette époque, mais très-rarement ; elle peut avoir lieu aussi entre le quatrième et le cinquième mois, mais moins rarement qu'avant le troisième ; 4° exceptionnellement, elle peut avoir lieu plus tard, mais sans qu'on doive l'expliquer nécessairement par la mort du fœtus ou par l'amplitude du bassin. On voit que les opinions ne diffèrent que sur des détails : tous les auteurs admettent que la plus grande fréquence se montre du troisième au quatrième mois ; seulement certains d'entre eux ne pensent pas que la rétroversion soit possible avant que l'utérus n'ait atteint un certain volume, ou quand il a dépassé certaines limites que quelques-uns fixent à quatre mois, d'autres à cinq, d'autres plus tard encore.

Interrogeons maintenant les faits, mais remarquons qu'ils doivent être interprétés et non-seulement comptés.

Il n'est pas toujours facile de déterminer l'époque où la rétroversion s'est produite ; quand la forme est lente, c'est même impossible et on doit souvent s'en rapporter au moment où les accidents se sont montrés avec une certaine intensité, à moins qu'on ait eu l'occasion d'examiner auparavant ; dans la forme subite, on peut encore être embarrassé, quand par exemple un certain intervalle a séparé l'apparition des symptômes et l'accident auquel on CROIT DEVOIR

RAPPORTER le déplacement. On pourra, du reste, facilement contrôler ma manière de faire et constater qu'elle est conforme à une consciencieuse interprétation. Les cas où le déplacement était antérieur à la grossesse ne doivent être examinés qu'au point de vue de l'enclavement, qui est le principal pour la clinique; c'est dire qu'ils sont comptés, comme les autres cas à forme lente, au moment où les accidents ont inquiété les patientes.

La rétroversion s'est faite à six semaines dans la deuxième observation de Martin, (de Lyon); elle paraît remonter à la même époque dans les observations de Jourel et de Craninx.

Elle a eu lieu à deux mois dans les cas de Gougis, Gosselin, Guichard et de Mattéi (300e); elle datait probablement du même moment chez la femme Bourget (deuxième observation de Viricel) et chez la malade de Bell; la récidive de Me G. dans la seconde observation d'Amussat eut lieu aussi à deux mois de gestation.

Elle est survenue à deux mois et demi dans les observations de Delaharpe et de Pingault (fait cité par M. Salmon), dans la septième de Martin, (de Lyon), dans les troisième, quatrième et cinquième de M. Hubert; les premiers symptômes se manifestèrent chez Me E. G. (huitième observation de M. Hubert) vers six à huit semaines, et, dans cette grossesse gémellaire, l'utérus ne tomba avec la plus grande facilité en rétroversion que jusqu'à trois mois, tandis que cela continua jusqu'à trois mois et demi dans les suivantes. La deuxième rétroversion de Me J... (dixième observation de M. Hubert) se montra à deux mois et neuf jours (accouchement d'une grosse fille); c'est vers le même moment qu'apparurent les symptômes fort incommodes de la malade de M. Bernutz.

On rapporte l'accident entre deux et demi et trois mois dans les observations de Chapplain et Curie; il survint à la même époque chez la femme Joskin, dans le premier cas de Me J... et dans les trois cas de Me Van... (observations sixième, dixième et onzième de M. Hubert).

Les femmes étaient à trois mois de gestation dans les observations de Garin, Ramsbotham, Schmitt, Wliczek, Villeneuve, Charles, Guyot, Dussausois, Estor, Gougis, Wauters, Moreau, Puzin, Priou, Cazeaux, Greuser, Palante, Pajot, Balp, Ronvaux, Moldenhaner, dans la première de Vignard, dans les deux de France, dans la première, la troisième et la cinquième de M. Depaul, dans les première, quatrième, cinquième, sixième, neuvième et dixième de Martin (de Lyon), dans la deuxième de Parent, dans les deuxième et troisième de Baudelocque, dans les deux d'Amussat (avec une récidive, dans la première, à la même époque), dans la sixième au moins de Godefroy, et peut-être aussi dans la première du même auteur, dans la deuxième au moins de M. Chantreuil et probablement aussi dans la première; le déplacement semble n'avoir été complet qu'à trois mois également dans le cas de Billi. Ajoutons les faits de Mazier (de Laigle) et de Van Hengel, cités par M. Salmon.

A trois mois et demi, nous avons les observations de Bamberger, Desgranges, Vandorpe, Davreux, Wasseige, Mayor, Hunter, Courtois, la septième de M. Hubert, la troisième de Négrier, la huitième de Martin (de Lyon), la première de Parent, la deuxième de M. Godefroy, la deuxième de M. Depaul, les deuxième et troisième de M. Vignard. A quatre mois se trouvent les cas de Gérard, Lynn, Macléod, Morris, Richter, Reynick, Rolland, Barnes, Stoltz, Viranus, Wittich, Wall, Gooch, Barrier, Barth, Blundell, les quatrième et cinquième de M. Godefroy, les troisième (récidive), quatrième, cinquième et sixième de Négrier, le quatrième de M. Depaul et celui de M. Garnier (quatre mois et demi moins trois semaines). Ajoutons les faits de Flamm, Whitehaed et Roussilhe, cités par M. Salmon.

A quatre mois et demi se rapportent les observations de M Gallard, de Baynham, la neuvième de M. Hubert, la troisième de M. Godefroy, la première de Viricel, la seconde de Martin (de Tonneins) et de plus le fait de Pingault (de Poitiers) cité par M. Salmon. Je ne puis m'arrêter au dernier cas, n'en connaissant pas les détails, mais je dirai un mot des autres.

Dans l'observation de M. Gallard, en comptant du jour de l'accouchement, 16 novembre, au jour où la rétroversion s'est faite, 22 juin, on trouve que cette dernière a eu lieu à quatre mois et six jours. Anna Martin (obs. de Baynham) était au sixième mois de sa grossesse et l'accident datait de six semaines; or, le sixième mois commence à la fin du cinquième, de sorte que l'époque ne semble pas plus avancée dans ce cas que dans le précédent.

Ph. Corlin (obs. de Viricel) n'était plus réglée depuis quatre mois et demi; mais elle avait déjà été traitée auparavant, de sorte que l'accident datait positivement de plusieurs jours. La femme Surtewargen (obs. de M. Hubert) se disait enceinte de quatre mois et demi au moment de l'accident; mais rien ne prouve que la grossesse fût véritable, puisqu'à terme elle expulsa une masse ressemblant à du sang décomposé et que nul débri fœtal n'est signalé. La femme M... (obs. de M. Godefroy) se disait enceinte de quatre mois et demi, mais on sait combien facilement les femmes se trompent, de quelques jours surtout; du reste, le bassin était large. Enfin la malade de Martin (de Tonneins), était enceinte de quatre mois et demi quand ce chirurgien fut appelé, mais évidemment le déplacement remontait à plusieurs jours.

Quant aux observations de Smellie, de Meckel et d'Evrat, il est question du cinquième mois, mais je dirai, avec Desormaux et P. Dubois, que ce mois commence dès la fin du quatrième.

« Nous ne connaissons, dit M. Salmon, que trois observations dans lesquelles on ne puisse guère mettre en doute l'existence de la rétroversion après le cinquième mois. » Ce sont, d'après cet auteur, les faits de Négrier, de Baynham et de Billi. J'ai déjà parlé de ces deux derniers et montré qu'ils s'étaient *produits* à quatre et à trois mois.

Quant au premier, il datait évidemment de longtemps puisque la femme était malade depuis bien des années et qu'à trois mois son hypogastre était encore tout à fait plat, au point de donner des doutes au médecin sur l'état de grossesse ; du reste ici il s'agit plutôt d'un prolapsus ou descente avec enclavement, car le col était au centre de l'excavation ; on en jugera mieux encore en lisant l'observation.

Obs. XL. — *Utérus gravide enclavé dans l'excavation ; mort ;* par Négrier, d'Angers (1). — Mme ***, âgée de 20 ans, délicate de poitrine est de taille ordinaire et a le bassin bien développé. Ses règles disparurent le deuxième mois après son mariage, puis elle éprouva des nausées et des vomissements qui augmentèrent peu à peu ; bientôt l'estomac devint douloureux et ne supporta plus aucun aliment.

Au trois ème mois de la grossesse, l'hypogastre n'offrant aucune tumeur, le médecin eut des doutes sur la gestation, mais la malade se refusa au toucher.

Le 9 mai 1840, six mois après la disparition des règles, Négrier fut appelé en consultation.

La malade depuis longtemps ne se levait plus ; elle était très-amaigrie, avait les pommettes rouges, la respiration courte, une toux fréquente, le pouls à 120, la peau chaude et sèche, la transpiration et l'haleine fétides. L'air cependant pénètre dans toute l'étendue des poumons. Le ventre est plat dans ses deux tiers supérieurs ; il est tendu et empâté vers l'hypogastre et douloureux à la pression. Les urines et les selles sortent facilement. Par le toucher, on constate que le vagin est raccourci de moitié et occupé par un segment de tumeur remplissant toute l'excavation pelvienne. Cette tumeur, élastique au toucher, est formée par l'utérus renfermant un fœtus vivant et assez développé pour faire percevoir plusieurs mouvements spontanés très-distincts. Les parois de l'utérus semblent amincies, tant le fœtus paraît voisin du doigt explorateur. Le col n'a éprouvé aucune déviation ; il occupe le centre de l'excavation et est seulement beaucoup abaissé ; son orifice est fort petit et clos ; en arrière, on touche une portion sphérique de l'utérus qui remplit toute la concavité du sacrum. La pression sur la partie de l'utérus qui dépasse le pubis de trois doigts, est fort douloureuse. En tentant de soulever l'organe par le vagin, l'autre main placée sur l'hypogastre ne ressent aucun soulèvement. La vessie est vide ; le rectum contient quelques matières durcies.

Les battements du cœur fœtal ne sont pas perceptibles. Le diagnostic est porté : gestation de cinq à six mois ; utérus retenu dans l'excavation par une cause inconnue, car le diamètre sacro-pubien a 11 centimètres, et rien n'autorise à croire à une saillie du promontoire ni à une tumeur osseuse quelconque.

L'utérus n'est pas renversé ; son col, que le doigt peut circonscrire, ne présente aucune courbure, il se perd directement dans la tumeur utérine.

La tumeur étant absolûment immobile, la perforation de l'œuf est proposée. On la refuse. L'état de la malade s'aggrave et la mort survient le 18 mars 1840. L'autopsie ne peut être faite.

(1) *Mémoire*, obs. 1re.

Cette observation est incomplète ; d'après Négrier, comme on l'a vu, elle ne se rapporte pas à la rétroversion ; les symptômes de ce déplacement ne paraissent pas du reste avoir existé.

Mais une observation extraordinaire est bien la suivante, où l'accident s'est produit au septième mois et a même récidivé quelques jours après la réduction.

Obs. XLI. — *Déplacement de l'utérus au septième mois de la grossesse; réduction au moyen de la main introduite dans le vagin ; récidive, guérison ;* par Williams Bartlett (1). — Mme F. S , 25 ans, délicate, au septième mois de grossesse, fut prise le 5 août, de fréquentes envies d'uriner et d'aller à la selle ; après cinq ou six heures de souffrances, et tandis qu'elle marchait dans sa chambre, il lui sembla tout à coup qu'elle avait perdu son ventre. Bientôt suppression d'urines, douleurs dans les lombes, l'abdomen, les aines ; on croit à un accouchement prématuré. M. Bartlett, en touchant, vit son doigt arrêté, dès qu'il eut franchi la vulve, par une tumeur conique, et en cherchant le col, il sentit distinctement, à travers les parois utérines, les pieds du fœtus, dont les talons étaient tournés vers les parties internes de la génération. Le doigt passait facilement entre la tumeur et le pubis sans pouvoir atteindre le museau de tanche et, vers le sacrum, il éprouvait de la résistance de la partie postérieure du vagin.

La portion de la tumeur comprimée par le sacrum était irrégulière et faisait éprouver au doigt une sorte de chevauchement que présentent souvent les pariétaux dans la dernière période du travail. De plus, anxiété de la face, pouls vif et irritable, peau chaude, céphalalgie, nausées ; région hypogastrique sensible au toucher, mais molle et flasque et ne ressemblant en rien à l'abdomen d'une femme arrivée au septième mois de sa grossesse.

Les deux jours suivants, l'état s'aggrave ; malgré le cathétérisme renouvelé, la saignée, l'opium, le repos, etc., il survient du délire, des vomissements, de la céphalalgie.

On essaie alors la réduction par le procédé de Grégoire, mais inutilement ; la main est ensuite introduite dans le vagin et parvient à opérer la réduction complète, après une ou deux pressions de quelques minutes. Les accidents cessent aussitôt. Au bout de quelques jours, Mme F. S. se lève et une nouvelle rétroversion a lieu, à laquelle du reste M. Bartlett remédie facilement.

La malade, dès lors plus docile, reçut le conseil de se tenir une fois ou deux par jour sur les coudes et sur les genoux et de garder cette position le plus longtemps possible.

Tout alla bien et l'accouchement eut lieu à terme.

Quelques auteurs citent ce fait sans chercher à s'en rendre compte (Elleaume, Cazeaux, etc.); mais Boivin et Dugès ne le regardent pas comme une rétroversion véritable, le rapprochent des faits de Merriman et le rangent, avec ces derniers, dans les obliquités postérieures ou positions sus-pubiennes : l'utérus se déforme, se raccourcit, pour s'enfoncer dans le bassin. J'ai déjà parlé de

(1) *Bibliothèque médicale*, t. LXXVI, p. 125.

cette disposition et je me rallie complétement à l'avis des illustres praticiens que je viens de citer.

En résumé, sur cent quatorze cas, la rétroversion ou les symptômes d'enclavement se sont manifestés :

A 6 semaines	dans 3 cas.		
A 2 mois	— 7 —		
A 2 1/2 mois	— 8 —	(plus ceux de Me E. G.).	
Entre 2 1/2 et 3 mois	— 7 —		
A 3 —	— 44 —		
A 3 1/2 —	— 15 —		
A 4 —	— 27 —		
Dans le 5e —	— 10 —		

Il faut ajouter que les six avortements de Marie C... (observation XXXIII) se sont faits entre la fin du deuxième et du troisième mois; que les deux de Marie W... (observation XXXIV) ont eu lieu vers la dixième semaine, et que Me W... (observation XXXV) a eu cinq fausses couches entre le troisième et le quatrième mois.

J'ajouterai encore que dans les seize nouveaux cas qui viennent d'être publiés par M. le professeur Martin, de Berlin (et dont trois seulement concernent des primipares), la lésion s'est produite entre la neuvième et la dix-huitième semaine (1).

On voit donc que la rétroversion vraie est bien un accident de la première moitié de la gestation ; qu'après quatre mois et demi il ne peut plus se produire et que la plus grande fréquence de sa manifestation et de sa production (trois quarts des cas au moins) tombe de trois à quatre mois, c'est-à-dire au moment où les diamètres du contenu et du contenant sont à peu près égaux et où le fond utérin, s'il vient à être précipité dans l'excavation, peut y être rapidement enclavé.

On comprend que les rétroversions à forme lente et spécialement celles qui préexistent à la grossesse, doivent souvent s'annoncer plus tôt, mais leurs manifestations inquiétantes sont rares avant cette époque. On comprend également qu'on pourra observer des rétroversions après quatre et demi et cinq mois de grossesse; nous en avons cité des exemples à six mois et plus; mais, ce qu'il importe de connaître, c'est que l'accident ne se produit plus après quatre mois et demi (ce que l'on ne pourrait admettre que si l'on avait affaire à un avorton).

Les rétroversions survenues *subitement* avant deux mois et demi sont rares et peut-être ne peuvent-elles arriver que dans des circonstances spéciales (bassin rétréci, projection du promontoire, grossesse gémellaire, fœtus volumineux, grande quantité de liquide amniotique, tumeur du bassin ou de l'utérus, etc.).

6. — *Age de la femme.* — M. Salmon a cru trouver ici une cause prédispo-

(1) *Revue des sc. méd. de Hayem*, t. VII, 1er fasc., 1876.

sante importante : la plus grande fréquence de la rétroversion tomberait de 30 à 40 ans.

Nous allons rechercher ce qu'il peut y avoir de vrai dans cette assertion ; commençons par relever quelques observations où l'âge est indiqué.

Trois en dessous de 25 ans : observation de M. Davreux, 17 1/2 ans ; cinquième de M. Godefroy, 22 ans ; celle de Jourel, 23 ans.

Vingt et une de 25 à 30 ans ; — six de 25 ans : observations de Bartlett, Courtois et Balp, troisième de Vignard, dixième de Martin (de Lyon), deuxième de Godefroy ; trois de 26 ans : observations de Gongis, de Reynick et de Bernutz ; trois de 27 ans : observations de Witczek, Delaharpe et première de Chantreuil ; cinq de 28 ans : observations de Wittich, d'Estor, de Billi, deuxième de Martin (de Tonneins) et première de Viricel ; quatre de 29 ans : observations de Chapplain, de Palante, de Rolland et deuxième de Vignard.

Vingt-quatre de 30 à 35 ans ; — sept de 30 ans : observations de Gallard, Baynham, de Garnier, première de Vignard, cinquième de Martin (de Lyon), troisième et quatrième de Négrier ; deux de 31 ans : observation de Wasseige et dixième de Hubert ; neuf de 32 ans : observations de Pajot, Mayor, deuxième de Chantreuil, troisième de Hubert, troisième de Godefroy, quatrième et cinquième de Depaul, première et neuvième de Martin (de Lyon) ; cinq de 33 ans : observations de Gougis, Craninx, Moldenhaner, septième de Martin (de Lyon), deuxième d'Amussat ; une de 34 ans : première de Charles.

Seize de 35 à 40 ans ; — une de 35 ans : observation de Wauters ; cinq de 36 ans : observations de Puzin, Bamberger, Gérard, Curie et sixième de Godefroy ; deux de 37 ans : observation de Guyot et première de Parent ; cinq de 38 ans : observations de Barth, Garin, Dussaussois, deuxième de Viricel et première d'Amussat ; trois de 39 ans : observation de Barrier, troisième de Depaul et deuxième de Parent.

Onze au-delà ; — cinq de 40 ans : observations de Macléod, Lynn, Hunter, Gosselin, Ronvaux ; une de 41 ans : Ramsbotham ; trois de 42 ans : observation de Barnes, sixième de Négrier, sixième de Martin (de Lyon) ; une de 44 ans : cinquième de Négrier et une de 45 ans : observation de Slavjansky.

Sur ces soixante-quinze observations, le maximum de fréquence est, en divisant par périodes quinquennales, entre 30 et 35 ans (vingt-quatre cas). Si l'on prend 10 ans à la fois, comme M. Salmon, on a encore plus de cas entre 25 et 35 ans (quarante-cinq cas) que entre 30 et 40 ans (quarante cas).

En dessous de 25 ans et au-delà de 40, les cas sont peu nombreux.

Enfin si l'on additionne tous ces âges et que l'on divise par 75, on aura une moyenne de 32 3/10 ans.

Elleaume avait déjà dit que cette moyenne était entre 32 et 33 ans.

Or, cet âge est aussi l'âge moyen de l'activité sexuelle et de la période pendant laquelle les femmes engendrent ordinairement.

Je ne puis admettre que l'âge soit une cause prédisposante, et, si la rétroversion a sa plus grande fréquence entre trente et trente-cinq ans, c'est que, ainsi que nous l'avons vu, elle ne survient pas d'habitude à une première, mais bien plus souvent à une seconde et surtout à une troisième grossesse.

7. — *Conditions générales de santé; professions.* — Les femmes de santé délicate, de constitution molle, lymphatiques, scrofuleuses, chlorotiques, usées par les privations ou la débauche, ont en général les tissus aponévrotiques et musculaires lâches, peu résistants. Il est donc naturel que les ligaments de l'utérus soient aussi moins forts, plus extensibles et se laissent plus facilement déchirer, surtout que souvent dans ces cas il y a des écoulements leucorrhéiques persistants.

On pourrait donc regarder ces conditions générales comme des causes prédisposantes. Je dois dire cependant qu'elles sont signalées dans assez peu d'observations et que dans plusieurs autres on pourra voir que les femmes étaient au contraire d'une bonne constitution et jouissaient d'une forte santé.

Je ne m'arrêterai pas non plus aux professions. Il est certain que les femmes ayant des travaux pénibles, des occupations exigeant des fatigues et de violentes contractions musculaires sont plus souvent atteintes; d'abord parce que ces causes peuvent produire une rétroversion subite et en second lieu parce que les femmes de cette catégorie prennent peu de soin de leur personne après leurs accouchements et surtout après les avortements, ce qui amène souvent chez elles divers déplacements de la matrice et des affections utérines et périutérines variées.

8. — *Forme et dimension du bassin.* — La configuration du contenant inflexible doit évidemment exercer une certaine influence sur les déplacements du contenu. Si les déplacements en arrière du fond utérin pendant la grossesse sont plus fréquents et plus graves que les déplacements en avant, la cause s'en trouve dans la forme même du bassin, dans la direction de la surface interne du corps des pubis et dans l'existence en arrière d'une courbure surplombée par une saillie osseuse. Cette saillie ou promontoire peut, dans certaines circonstances, accrocher le fond utérin, l'empêcher de monter dans la cavité abdominale, ou le retenir fortement lorsqu'une cause fortuite l'aura fait brusquement repasser en dessous de la ceinture pelvienne, peu de temps après qu'il l'aura franchie. Cette saillie est la difficulté importante aussi dans la réduction artificielle, car l'utérus qui s'est développé dans l'excavation, doit traverser le détroit supérieur et précisément son grand axe se trouve dans un diamètre moins étendu : de là certains conseils dans les manœuvres, que nous étudierons plus loin.

Une saillie exagérée du promontoire doit rendre le déplacement d'autant plus facile, plus durable et plus irréductible. Cette affirmation n'est pas contestable et se comprend par les données les plus élémentaires de la mécanique. Il est singulier de constater que, signalée par quelques auteurs, elle ait

eu si peu de succès. Si cette saillie est accompagnée du rétrécissement des diamètres transverse et obliques du détroit supérieur, la prédisposition sera d'autant plus grande.

L'excès de courbure du sacrum rentre évidemment dans le même cadre.

Ces opinions avaient déjà été émises par Callisen, Capuron, Boivin et Dugès, Saxtroph, Jourdan, Murat, Godefroy, Désormeaux et P. Dubois.

Pour M. Saboia, la rétroversion lente est généralement due à la diminution du diamètre antéro-postérieur du bassin, par suite de la saillie considérable du promontoire, contre lequel le fond utérin vient heurter et qu'il ne peut franchir.

M. Depaul professe également « que le rétrécissement du détroit supérieur, s'il est accompagné d'une concavité exagérée du sacrum, puisse retenir l'utérus dans l'excavation et qu'une rétention d'urine qui survient fasse basculer l'organe ainsi retenu. »

M. Ramsbotham, ayant observé que dans quatre des huit cas relatés par lui, la rétroversion coïncidait avec un rétrécissement du détroit supérieur, pense que ce vice de conformation peut apporter un obstacle à l'élévation de la matrice développée par la gestation.

Si l'utérus est antérieurement couché en arrière et se développe dans cette situation vicieuse jusqu'à un certain degré, il est clair qu'il aura d'autant plus de peine à se rectifier que la disproportion sera plus grande entre l'excavation et le détroit supérieur. M. Bernutz, qui regarde la première cause comme la plus fréquente de la rétroversion pendant la grossesse, ne parle pas de la seconde. Il doit cependant y avoir des motifs pour que dans certains cas particuliers seulement la rétroversion antérieure à la gestation ne se réduise pas spontanément, car les adhérences n'existent pas toujours.

Le bassin œqualiter justo minor ne semble pas devoir exercer d'influence. Mais s'il est trop étendu, il peut faciliter la rétroversion en permettant à l'utérus de se développer plus que de coutume dans l'excavation; le fond n'éprouvera pas plus de difficulté à franchir le promontoire, puisque dans ce cas nous supposons le détroit abdominal également plus développé, mais l'utérus moins bien soutenu, plus lourd, pourra descendre plus que de raison, comprimer l'urètre et le rectum et être soumis à la double influence de la rétention d'urine et des matières fécales. Si le détroit supérieur ne participe pas à l'excès d'amplitude du reste du bassin, nous en revenons au premier cas examiné.

Le bassin large est cité comme prédisposant à la rétroversion par Chailly, Hyernaux, Moreau, Burns, Denman, Cazeaux, Hubert, Baudelocque, Gardien, Maygrier, etc. Mais il ne faut pas être exclusif et le rétrécissement du détroit abdominal, avec ou sans rétrécissement de l'excavation, doit être regardé plus encore comme cause prédisposante de rétroversion. C'est à cette dernière conformation que Boivin et Dugès attribuent les accidents observés par le professeur D'Outrepont, à Wurtzbourg, chez une femme dont trois grossesses succes-

sives furent l'occasion d'autant de rétroversions dans leurs premiers mois.

Dans les observations, on parle peu des dimensions du bassin, soit que les auteurs y attachent une importance minime, soit qu'ils n'aient trouvé aucun vice de conformation notable.

Nous avons déjà vu dans la quatrième observation de M. Godefroy que Mme G... avait une saillie énorme de l'angle sacro-vertébral et une concavité exagérée du sacrum ; de même la femme Mineau avait le bassin d'une grande capacité, mais l'angle sacro-vertébral faisait une saillie considérable ; voici un cas où le bassin était aussi fort vicié.

Obs. XLII. — *Rétroflexion grave à trois mois et demi de grossesse ; femme rachitique ; plaques gangréneuses ; réduction, avortement ;* par M. le professeur Wasseige, de Liége (1). — Le 22 novembre 1872, à deux heures de relevée, est admise à la maternité de Liége, la nommée C. P... âgée de 31 ans, couturière, primipare. Cette fille qui est régulièrement menstruée depuis l'âge de 12 ans, est de petite taille et a commencé à marcher à 18 ans ; c'est un vrai type de rachitisme. Ses dernières règles ont paru le 17 juillet, et sa grossesse n'a pas présenté de troubles avant le moment actuel ; la malade accuse cependant avoir eu, il y a quatre semaines, une descente de l'utérus, provoquée, dit-elle, par des efforts de défécation et d'émission d'urine.

Depuis huit jours, elle n'a plus uriné ; le médecin qui nous l'adresse, a vainement tenté de la sonder.

A son entrée à la clinique, on constate un œdème considérable des membres inférieurs, des parois abdominales et des parties génitales ; la vessie distendue remonte à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; l'anus, largement ouvert, laisse voir la muqueuse rectale fortement congestionnée. A la vulve, considérablement distendue, se présentent trois bourrelets volumineux, constitués, les deux latéraux par les grandes lèvres infiltrées ; le médian, transversal, par la lèvre postérieure du col utérin qui y fait hernie tandis que la lèvre antérieure, refoulée derrière et au-dessus des pubis, n'est pas visible ; le périnée tendu bombe comme au passage de la tête fœtale sur le plancher du bassin. Le toucher ne permet l'introduction que de deux phalanges, le doigt se trouve bientôt arrêté dans un cul-de-sac formé par la plicature du col de l'utérus ; des plaques gangréneuses superficielles de la muqueuse vaginale sont visibles à travers la vulve entr'ouverte. L'état général est fébrile ; la constipation, opiniâtre.

En présence de ces circonstances, on se propose de soulager d'abord la femme, dont l'état est intolérable, en pratiquant le cathétérisme, et ensuite de tenter la réduction de l'utérus.

Une sonde de gomme est introduite dans le méat urinaire qui se trouve refoulé derrière le pubis ; il s'écoule trois litres et demi environ d'urine trouble, couleur chocolat, mêlée de sang et de pus. Cette opération procure un grand soulagement à la malade qui, depuis une semaine, ne voyait suinter que rarement quelques gouttes de son urine.

(1) Obs. inédite.

La réduction est alors entreprise : l'index gauche est introduit par l'orifice externe du col dans le cul-de-sac dont il est parlé plus haut et tend à abaisser cette partie, tandis que quatre doigts de la main droite, portés sur la face postérieure de l'utérus, qui est ici devenue inférieure, tâchent de la soulever pour la remettre dans sa position normale. Le succès couronna la manœuvre, et, après quelques petits efforts, la matrice fut redressée.

On ordonne alors à la femme de se coucher sur le côté, lui interdisant le décubitus dorsal.

L'expulsion prématurée du produit de la conception, suite inévitable de l'état des parties et des manœuvres employées, fut abandonnée à la nature. C'était, au surplus, à désirer, en présence de l'étendue du rétrécissement.

Déjà le même jour, vers sept heures du soir, la femme accuse une amélioration très-grande dans son état; l'infiltration a considérablement diminué. Crahay est atteinte d'incontinence d'urine, et la quantité qu'elle en rend, est très-grande.

Le 23, l'œdème diminue de plus en plus; les urines expulsées sont toujours très-abondantes; il y a un peu de réaction, la faiblesse de la femme étant très-grande.

Le 24, l'avortement a lieu et donne issue à un fœtus masculin du poids de 375 grammes. Crahay est ensuite transportée à l'hôpital de Bavière.

Le rachitisme existait aussi dans le cas suivant.

Obs. XLIII. — *Rétroversion à trois mois de grossesse avec rectocèle vaginale; insuccès du traitement de Denman, réduction par le vagin, avortement;* par M. Chantreuil (1). — L'épouse Bertrand, âgée de 32 ans, a eu deux enfants; le dernier, né mort et avant terme, a été difficilement extrait par le forceps. Cette femme est petite, rachitique, à tibias incurvés, mais sans déviation de la colonne.

Enceinte de trois mois environ, et éprouvant quelque difficulté pour uriner, elle prit un bain. Immédiatement après, elle vit grossir son ventre considérablement. Elle fit encore une course de deux heures, et ressentit pendant ce temps des envies fréquentes d'uriner, et une douleur en barre au-dessous de l'ombilic.

Huit jours après, le 3 mars 1870, elle entre à l'hôpital des cliniques. La constipation est alors opiniâtre et la rétention d'urine complète. On trouve, à l'examen, un prolapsus de la paroi postérieure du vagin et du rectum (rectocèle vaginale); le col utérin est en avant sous le pubis et appliqué contre la paroi postérieure de la symphyse; en arrière, on sent le corps de la matrice appliqué contre le rectum. Par le palper, on constate une tumeur fluctuante, conique, remontant jusqu'à quatre travers de doigt en dessous de l'appendice xiphoïde. Le diagnostic n'est pas douteux. On pratique le cathétérisme, on prescrit des cataplasmes et de la tisane de graine de lin.

Le 4. On retire encore par la sonde deux litres d'urine; mais le cathétérisme est plus difficile, les douleurs augmentent; l'appétit est conservé cependant et il n'y a aucun symptôme général.

(1) *Herbet*, thèse, p. 23.

Le 5. Nouvelle évacuation de deux litres d'urine.

Le 6. La rétroversion ne disparaissant pas par le seul fait du cathétérisme, M. Chantreuil fait placer la malade sur les coudes et les genoux, repousse un peu le fond utérin, réduit la rectocèle et place dans le vagin un tampon de ouate imbibé de glycérine pour maintenir le tout. Le soir, la femme étant couchée naturellement sur le dos, le siége élevé, M. Chantreuil complète la réduction en plaçant deux doigts dans le vagin, l'indicateur accrochant le col et le faisant basculer en arrière; le médius appuyant sur le corps et le fond et le repoussant en avant et en haut, au-dessus de l'angle sacro-vertébral, qu'il est facile d'atteindre, vu le rétrécissement du diamètre sacro-pubien.

La rétroversion est réduite, mais malgré les opiacés et les émollients à l'intérieur et à l'extérieur, les contractions utérines s'éveillent; la malade perd de l'eau et du sang; les douleurs deviennent de plus en plus violentes et, le 13, la matrice expulse un fœtus de quatre mois environ (sept jours après la réduction.

Le 20, exéat.

Quelque temps après, M. Chantreuil trouva encore l'utérus en rétroversion quoique à l'état de vacuité.

Dans le cas suivant, l'angle sacro-vertébral faisait une saillie notable également, puisqu'elle s'opposa au redressement direct du fond utérin.

Obs. XLIV. — *Rétroversion de l'utérus à trois mois et demi de grossesse; insuccès du procédé de Grégoire, réduction par le rectum en suivant une ligne oblique; récidive: guérison;* par Parent, de Beaune (1). — La femme Courtot, 39 ans, lymphatique, leucorrhéique, mère de deux enfants vivants, n'ayant jamais eu de déplacement de matrice, éprouva, sans cause connue, au troisième mois de sa troisième grossesse, dans la nuit du 4 au 5 mars 1826, une impossibilité subite et complète d'uriner, qui disparut dans la matinée en ne laissant que quelques douleurs vagues et passagères. Quinze jours après, cette femme soulève avec effort un fardeau très-pesant sans en ressentir aucun effet immédiat. Mais la nuit suivante, s'éveillant comme d'habitude, et s'agenouillant pour uriner, l'urine ne sort que goutte à goutte. L'état s'aggrave, les urines se suspendent, les douleurs utérines deviennent vives et fréquentes, les selles impossibles. Une sage-femme annonce une fausse-couche. Parent appelé cinq jours après, constate : tuméfaction, sensibilité, tension considérable du ventre, respiration courte et difficile, douleurs expulsives fortes et fréquentes, sensibilité hypogastrique, rétention complète d'urine, constipation, soif, fréquence du pouls, insomnie, impossibilité de rester au lit. Toute l'excavation est obstruée par le fond utérin, qui repose sur le périnée, entre le vagin et le rectum dont il a détruit les adhérences ; en le refoulant, quelques gouttes d'urine s'écoulent par regorgement; le col est fort difficile à atteindre en haut et en arrière du pubis, il est effilé, ramolli, recourbé en forme de demi-cercle, un doigt est introduit difficilement dans l'anus.

La sonde donne issue à cinq ou six litres d'urine fétide et colorée. La malade

(1) *Gazette médicale de Paris*, 1832, p. 125.

est alors placée comme pour l'opération de la taille; Parent introduit deux doigts de chaque main dans le vagin et le rectum pour agir *simultanément* en sens inverse sur le col et sur le fond, mais c'est sans succès. On en vient à la position sur les genoux et les coudes et la main de l'opérateur est introduite en entier dans le rectum, et *cela sans grande douleur*; elle peut ainsi embrasser et soulever peu à peu la tumeur. Mais l'angle sacro-vertébral fait une saillie très-prononcée; alors Parent, profitant de la très-grande laxité des ligaments larges qu'il reconnaît distinctement et de la dilatabilité du rectum, suit le conseil de Capuron et imprime à la matrice un mouvement de rotation : son fond est refoulé à droite, élevé, puis ramené au centre du bassin. Pour le soutenir mieux, il l'appuie en antéversion sur le pubis, à l'aide de quelques doigts introduits dans le vagin.

Mais le lendemain, la rétroversion s'est reproduite, la vessie est dilatée et les douleurs ont reparu.

Le même procédé de réduction donne un nouveau succès. Cette fois une sonde est mise à demeure pendant trois jours. On tient le ventre libre et au bout d'une quinzaine de jours la femme Courtot est rétablie. Accouchement à terme.

Dans la quatrième observation de M. Depaul, il est dit aussi que la femme Thomas avait la concavité sacrée exagérée et le promontoire saillant.

Nous verrons plus loin, dans la première de mes observations personnelles, que la femme Lovinfosse avait également l'angle sacro-vertébral saillant et le détroit supérieur rétréci.

Dans le cas de M. Garin, la malade avait eu quatre enfants, tous extraits par le forceps et les deux derniers avaient sur les côtés du front un enfoncement de près d'un centimètre, avec fracture de l'os : donc, vice du bassin.

Quoique Cath. Holling fût d'une stature assez élevée, M. Craninx constata à l'autopsie que la courbure du sacrum était plus prononcée qu'à l'état normal.

Dans une observation de Flamm, citée par M. Salmon, on parle d'un bassin ample. De même M^mes P. N., Del., E. G., et Van... (3^e, 4^e, 8^e et 11^e obs. de M. Hubert) avaient l'excavation large et le bassin bien développé. Dans la cinquième observation du même auteur nous voyons que M^me N. P. était de grande taille; cependant la saillie du promontoire opposa aux manœuvres de réduction une résistance assez grande que l'opérateur parvint à surmonter en plaçant la malade sur le ventre : la saillie était donc probablement exagérée. Les circonstances paraissent avoir été les mêmes chez M^me J. (7^e obs. de M. Hubert.)

Le bassin était large dans la troisième observation de M. Godefroy; il est cité comme étant normal dans les cas de M. Barrier, de M. Barth et de M. Chapplain : la patiente de ce dernier avait cependant été accouchée une fois par le forceps.

On trouve donc dans ces observations des exemples des diverses conformations que nous avons examinées.

B. — Causes déterminantes.

Les différentes causes que nous avons passées en revue, ne suffisent généralement pas à renverser le fond de l'utérus dans la concavité sacrée, ou à le maintenir dans cette position vicieuse préexistant à l'imprégnation (contrairement à l'opinion de MM. Bernutz, Schröder, etc.); d'autres influences interviennent que nous appellerons *déterminantes :* celles-ci sont fournies par la vessie, par le rectum et la masse intestinale, par différentes tumeurs, par des adhérences, enfin souvent par diverses causes accidentelles.

1. — *Vessie.* — On sait que l'utérus est uni au bas-fond de la vessie par un tissu cellulaire dense et serré dans une étendue de 14 à 15 millimètres; ces adhérences existent depuis le point où le vagin adhère au col de l'utérus jusqu'au point où le péritoine se réfléchit de la vessie sur la matrice en constituant le col du sac utéro-vésical. « C'est en conséquence par la portion sus-vaginale du col que l'utérus est uni à la vessie et par la portion la plus inférieure de la paroi postérieure que la vessie est unie à l'utérus. » (P. Dubois).

Il résulte de cette disposition anatomique que la vessie ne peut guère se déplacer sans entraîner la matrice et vice-versa.

L'un des symptômes les plus constants de la rétroversion pendant la grossesse est la rétention d'urine et une distension parfois considérable de la vessie. Or, ce réservoir, en augmentant de volume, remonte dans la cavité abdominale et entraîne en haut le col utérin; de plus, la partie supérieure de la vessie presse alors d'avant en arrière et, par son poids, de haut en bas, sur le segment antéro-supérieur de l'utérus; ce dernier est donc sollicité par deux forces contraires, appliquées aux deux extrémités de son grand axe, à exécuter un mouvement de bascule ayant pour résultat de porter son fond en arrière et en bas.

Il s'agit de savoir si la rétention produit la rétroversion, ou si elle n'en est que le résultat.

Cette question a été diversement résolue.

Pour Denman, « il serait futile et vain de disputer que la rétention d'urine ne soit pas la cause de la rétroversion utérine. » Cet auteur, expérimentant sur le cadavre, a pu *imiter* la rétroversion de la matrice en insufflant de l'air dans la vessie et probablement, dit-il, une rétroversion effective aurait eu lieu si l'expérience s'était faite dans l'état de grossesse. « Or, comme il ne paraît exister, ajoute l'accoucheur anglais, d'autre cause capable d'élever la matrice et d'en jeter le fond en arrière, et qu'une telle élévation et projection suit nécessairement la distension de la vessie, il est plus raisonnable de conclure que la rétention d'urine précède la rétroversion, si l'on ne convient pas même qu'elle est une cause sans laquelle la rétroversion ne peut exister. De plus, si la matrice est dans un état qui permet sa rétroversion lorsque la vessie est très-distendue, cette rétroversion en est une conséquence nécessaire, ou elle peut

être produite par le plus léger accident. Si par exemple, il survient à une femme, vers le troisième mois de sa grossesse, une rétention d'urine qui continue pendant un certain temps, on peut être certain que la matrice est rétroversée. » Plus loin, cependant, l'auteur ajoute « la rétention d'urine qui précède la rétroversion mérite peu d'attention (?) ; car elle ne peut durer assez longtemps pour produire son effet, spécialement chez les femmes qui ont le bassin large, lesquelles pour cette raison sont très-sujettes à la rétroversion de la matrice. Il est à observer aussi... que la tumeur formée par le fond, laquelle est quelquefois très-grande, devienne en se déplaçant la cause de la continuation de la rétention d'urine. S'il reste de l'incertitude sur la cause de la rétroversion on ne peut, cependant, contester que tous efforts pour réduire la matrice, avant que la distension de la vessie ne soit écartée, sont inutiles ; car la matrice sera irrésistiblement poussée en dehors par la pression du poids de la vessie. »

J'ai cité longuement l'opinion de Denman parce qu'il fut le plus ardent défenseur de la théorie de la rétroversion, suite de rétention. Elle fut défendue par Merriman, Callisen, de Baer, Sibergundi, etc. Mais W. Hunter et surtout John Burns et son fils Allan Burns la combattirent fortement. Ces derniers prétendent même qu'il est plus facile d'opérer une rétroversion sur le cadavre lorsque la vessie est vide ou flasque que lorsqu'elle est largement distendue, ce qu'ils expliquent en disant qu'alors l'utérus est un peu soulevé, (tant à cause des adhérences que nous avons signalées que par la portion du péritoine qui se réfléchit d'un viscère à l'autre) ; or au troisième mois de la grossesse, l'utérus a trop de longueur et son fond est retenu au-dessus du promontoire, ou rencontre le rectum qui le soutient. Si, au contraire, le col est plus bas, le fond pourra passer en dessous du promontoire. « Mais si dans cet état de distension de la vessie, ajoute J. Burns, les muscles abdominaux exercent une pression quelconque, la vessie sera refoulée en arrière, les intestins en bas sur la matrice, et le fond de cet organe descendra un peu plus bas, tandis que son col se courbera en arrière, de sorte qu'il y aura une rétroversion plus ou moins grande... »

Parent admet l'opinion de Denman mais un peu modifiée. Pour lui, la rétroversion serait précédée constamment par un certain abaissement de l'organe, celui-ci, comprimant l'urètre, cause la rétention d'urine et alors la vessie gonflée refoule le fond de la matrice en arrière.

Cette manière ingénicuse d'expliquer la rétroversion s'applique peut-être à quelques cas, tel que celui de la femme Mineau ; nous remarquerons, cependant, que, chez cette femme, à la quatrième grossesse, la vessie était déjà très-distendue sans qu'il y eût rétroversion.

Pour Gardien, « la vessie qui est distendue par l'urine ne peut pas s'élever dans le bas-ventre sans entraîner avec elle le col de la matrice : Or l'orifice ne peut être soulevé sans que, par une espèce de bascule, le fond ne s'enfonce dans la même proportion. »

Mᵉ Boivin admettait que la cause la plus ordinaire de la rétroversion était le développement considérable de la vessie occasionné par une rétention volontaire. Plus tard cependant Boivin et Dugès conviennent qu'il est bien difficile ici de distinguer la cause de l'effet, quoique Boivin ait observé deux fois après l'accouchement la rétroflexion « par la vessie en plénitude. »

Maygrier, Cazeaux, Velpeau, Saboia ne considèrent pas non plus la rétention d'urine comme cause de rétroversion. Martin Jeune de Lyon la cite cependant.

M. Danyau croit que si, dans un grand nombre de cas, la rétention d'urine est le résultat de la rétroversion, il est des cas où elle en est la cause. M. Ramsbotham a cité plusieurs observations à l'appui de cette opinion, et M. Depaul, qui la professe également « a vu dans plusieurs cas de rétroversion utérine hors l'état de grossesse, la vessie être distendue par une énorme quantité de liquide. »

M. Jacquemier, qui a répété les expériences de Burns, a trouvé que, sur le cadavre, la vessie conserve sa forme primitive si elle est distendue brusquement, tandis que, si la distension est lente, ses parois se dilatent partiellement surtout en arrière et elle forme une grande poche qui repousse le fond de l'utérus en arrière.

Pour M. Barnes, la doctrine qui attribue la rétroversion dans la grossesse à la distension de la vessie, est une erreur, un exemple de τὸ ὕστερον πρότερον.

Cependant, depuis Désormaux et P. Dubois, on n'était plus si exclusif et on admettait que la rétention d'urine pût être à la fois cause et effet.

On ne peut nier que la rétention d'urine, quelle qu'en soit la cause première, prédispose à la rétroversion, soit en attirant le col en haut, soit en comprimant le fond, *soit surtout par les efforts qu'elle entraîne pour uriner.* J'ai vu récemment un cas assez singulier que je crois utile de rapporter ici en deux mots.

L'épouse Labuchère, âgée de 25 ans, enceinte pour la troisième fois de deux à deux mois et demi, souleva un seau plein d'eau et tomba en avant, le seau étant sous elle et le rebord supérieur vers les dernières fausses côtes gauches. A ce moment elles n'éprouva rien de particulier ; mais le lendemain, elle eut quelque difficulté pour uriner et quelques douleurs peu intenses dans le bas du dos et du ventre.

Ces difficultés augmentèrent et du sang parut dans les urines. Les selles également étaient difficiles. Huit jours après, la rétention d'urine fut complète. Je fus appelé alors et, à l'exposé de tout ce qui précède, je m'attendis à trouver une rétroversion, d'autant plus que la vessie remontait très-haut, qu'il y avait tympanite intestinale et œdème de la jambe droite depuis deux ou trois jours ; les douleurs seulement n'étaient pas intermittentes ; elles étaient simplement gravatives et existaient dans le bas du dos et du ventre, dans les aines et les grandes lèvres. Au toucher, je constatai que l'utérus était développé comme à deux mois et demi de grossesse et qu'il était en légère antéversion ; la vessie

formait un compartiment inférieur sous forme de poche fluctuante, siégeant à la partie antérieure et supérieure du vagin. Elle n'avait donc nullement, dans ce cas, repoussé le fond utérin en arrière. Une observation a peu près semblable a été publiée par M. le docteur Dagand dans le *Journal des connaissances médicales* : ici seulement la rétention d'urine s'était présentée sans cause connue. Ces faits prouvent que la rétention d'urine seule est insuffisante pour produire la rétroversion ; elle doit être aidée par un abaissement préalable de l'organe, par la pression des viscères abdominaux, etc.

2. — *Intestins.* — On comprend sans peine que si la matrice est légèrement inclinée en arrière, les intestins plus ou moins distendus, rendus plus ou moins lourds, puissent déterminer insensiblement sa rétroversion en pesant sur sa partie supéro-antérieure. Si l'utérus avait sa direction ordinaire, le poids des viscères abdominaux aurait plutôt l'antéversion pour résultat. On voit donc que l'inclinaison en arrière, commencée par la distension de la vessie, se continue et s'achève par la pression qu'exercent à l'endroit indiqué les intestins, rendus plus lourds par des amas de matières fécales, soit dans les intestins grêles, soit dans la partie supérieure du rectum.

Ce sont ces deux causes réunies, col tiré en haut par le bas-fond de la vessie, fond pressé vers le bas par les viscères abdominaux, qui dans un certain nombre de cas, produisent la rétroversion à forme lente. Le bassin ample doit être une cause prédisposante importante, car il donne beaucoup de mobilité à l'utérus et lui permet de descendre, d'aller comprimer l'urètre et d'amener ainsi la distension de la vessie.

Beaucoup d'auteurs ont eu tort de vouloir expliquer la rétroversion, les uns par la rétention d'urine, les autres par l'accumulation des matières fécales, car la première cause ne peut que refouler le fond un peu en arrière contre le promontoire, puisque ce fond est soulevé (Burns) et la seconde ne peut le pousser en dessous de l'éminence sacrée que si elle agit dans un sens convenable, ce qui ne peut arriver sans une inclinaison préalable. Non-seulement cette explication paraît satisfaire l'esprit quand on considère les relations des organes du bas-ventre, mais de plus elle trouve sa sanction dans le nombre des faits où difficulté d'uriner et constipation ont précédé l'accident confirmé. Peut-être la pression lente et continue du corset pourrait-elle arriver au même résultat.

Voyons encore l'avis de quelques auteurs.

D'après Cazeaux, le déplacement peut s'opérer lentement et dans ce cas « il paraît dû à la pression légère, mais continue que les viscères exercent sur le fond de l'utérus et sur sa partie antérieure. » Pendant une constipation opiniâtre, l'accumulation des matières dans l'S iliaque du côlon et dans la partie supérieure du rectum produit une tumeur considérable qui, pressant continuellement sur le fond de la matrice, déjà légèrement rétroversée, finit par compléter la rétroversion.

Pour Gardien « la pression que les viscères du bas-ventre exercent sur l'une des parois de la matrice est la cause occasionnelle de la rétroversion lente..... Lorsque la matrice en se moulant en quelque sorte à la cavité du bassin, a produit la rétention d'urine et la constipation, ces accidents deviennent autant de causes qui augmentent la rétroversion et s'opposent à la réduction. »

D'après M. Saboia, l'accumulation des matières fécales dans la courbure sigmoïde du côlon et dans la partie supérieure du rectum peut donner naissance à la rétroversion de l'utérus ayant un certain volume.

M. Depaul regarde aussi comme cause déterminante l'accumulation des fèces dans l'intestin au-dessus de la fosse iliaque.

Baudelocque et Maygrier remarquent que la pression légère mais continue des viscères abdominaux sur le fond de la matrice, donne lieu tantôt à l'antéversion, tantôt à la rétroversion, selon qu'elle s'exerce sur la partie antérieure ou sur la partie postérieure.

M. Hyernaux cite la constipation comme cause déterminante, parce que un amas de matières fécales, dans la partie inférieure de l'intestin, refoule le col en haut et en avant. Mais cette accumulation devrait être portée à un haut degré pour refouler le col contre la symphyse, et dans ce cas exceptionnel, il serait difficile d'admettre que le corps de la matrice ne fût pas également repoussé en haut et en avant.

M. Godefroy, Négrier, considèrent non-seulement le poids qui pèse sur l'utérus, mais encore les efforts d'expulsion auxquels la femme se livre; mais alors ce sont ces derniers qui produisent ou complètent le déplacement, qui se fait ainsi non plus lentement mais subitement.

Dans la plupart des observations la constipation est signalée; mais ici, plus encore que pour la rétention d'urine, la cause peut difficilement être distinguée de l'effet. La constipation semble cependant avoir joué le principal rôle dans l'observation suivante.

Obs. XLV. — *Réduction spontanée d'un utérus rétroversé à trois mois de grossesse;* par M. Villeneuve (1). — M. Villeneuve examina à l'Hôtel-Dieu de Marseille, dans le service de M. Coste, une femme qui, arrivée au troisième mois de sa grossesse, avait l'utérus en rétroversion. Il y avait de la constipation et M. Villeneuve conseilla l'emploi d'un purgatif avant de tenter la réduction. La femme eut plusieurs selles et, quand on voulut commencer les manœuvres, on s'aperçut que l'utérus avait repris spontanément sa position normale.

Dans une autre observation, rapportée par Van Hengel, l'accumulation des matières stercorales paraît aussi avoir été très-importante et Smellie raconte (*Traité d'accouchements*, p. 149) que chez une femme naturellement constipée (comparez le cas de Billi, obs. I), qui avait eu trois fausses couches vers le

(1) *Bulletin de la Société médicale de Marseille*, 1858.

troisième mois de la grossesse, à la suite de violents ténesmes, il put conduire à bon terme une nouvelle grossesse au moyen de lavements, de légers minoratifs et d'une alimentation légère.

Mais le plus souvent, ainsi que je l'ai dit plus haut, la rétention des urines et des matières fécales marchent de pair, comme dans le cas de Wtlczek (v. obs. XXIII), dans ceux de Craninx et de Guichard, rapportés plus loin et dans les exemples suivants.

Obs. XLVI. — *Rétroversion de l'utérus gravide; gangrène de la vessie, urémie, autopsie*; par M. Bamberger, de Vienne (1). — Une femme de 36 ans, au troisième mois de sa seconde grossesse, fut admise, le 17 avril 1851, dans le service de clinique d'Oppolzer, à Vienne. Elle se plaignait, depuis le milieu de mars, de constipation, de douleurs de ventre, de fièvre, et ne pouvait uriner qu'au moyen de la sonde. Le 16 avril survint une perte de connaissance complète, qui persistait encore à l'entrée de la malade à l'hôpital. On trouva alors le pouls petit, à 140 pulsations, la respiration fréquente, entrecoupée, la percussion thoracique normale, les bruits de râles à grosses et à fines bulles dans toute la poitrine. Le ventre est tendu, la vessie remonte jusqu'à un pouce au dessus de l'ombilic, le vagin est comprimé par le corps de la matrice, qui est porté en arrière et pèse sur le rectum ; le col utérin, dirigé en haut et en avant, est difficile à atteindre avec le doigt. Au moyen de la sonde, on évacua une grande quantité d'urine alcaline, fétide, renfermant un dépôt abondant de cellules épithéliales et des globules de pus.

Le 18 avril on réussit facilement à réduire le déplacement de la matrice. Le lendemain la malade expulsa un fœtus d'environ cinq mois ; l'état soporeux ne changea point jusqu'à la mort de cette femme, qui eut lieu dans l'après-midi du même jour.

A l'autopsie, on trouva la vessie remontant au-dessus de la symphyse sous la forme d'un sac mou, à cloisons épaisses, adhérant intimement, en avant, aux parois abdominales, en arrière, à une anse de l'iléon, à la portion du mésentère qui s'attachait à l'épiploon.

Au niveau de ces adhérences, la paroi vésicale était détruite par places, en sorte que les organes n'étaient séparés de la cavité de la vessie que par une couche de tissu gangréné, revêtue d'une sanie putride ; ailleurs, les membranes vésicales avaient subi la dégénérescence graisseuse, étaient recouvertes de phosphate calcaire et, dans quelques points, réduites à l'épaisseur d'une feuille de papier. L'utérus, du volume du poing, était pâle ; sa cavité, ainsi que celle du vagin, occupée par des caillots ; il se trouvait enclavé dans le bassin, ayant son fond légèrement incliné en arrière, au-dessous de la symphyse sacro-lombaire (la rétroversion avait-elle été incomplétement réduite ou s'était-elle reproduite ? l'auteur ne le dit pas). Par l'analyse chimique on constata de l'urée et de l'acide urique dans le sang.

Obs. XLVII. — *Rétroversion lente de l'utérus gravide méconnue par plusieurs médecins et devenue complète au bout de plusieurs semaines ;* par Bel-

(1) Elleaume, p. 54.

LANGÉ (1).— Mme Delavau éprouva, vers le commencement de novembre 1821, des douleurs dans les lombes avec difficulté d'uriner et d'aller à la selle, ce qui lui inspira d'autant plus d'inquiétude qu'elle se croyait enceinte. Plusieurs médecins consultés, ne pénétrant pas la cause de ces accidents, ne purent y remédier. L'excrétion des urines devenait de jour en jour plus difficile et la constipation plus opiniâtre. Aux douleurs lombaires, se joignirent des ténesmes, un sentiment de pesanteur dans la région hypogastrique, des dérangements dans la digestion, des nausées, etc. Les accidents croissaient toujours, l'abdomen se distendit, et, quand Bellangé, enfin appelé le 10 janvier, reconnut la rétroversion, la rétention d'urine était tout à fait complète.

OBS. XLVIII. — *Rétroversion à trois mois de grossesse; réduction manuelle impossible malgré l'évacuation de l'urine; avortement; guérison de la mère*; par PUZIN (2). —Mme C..., âgée de 36 ans, sujette à des obliquités et des descentes de matrice, étant au troisième mois d'une grossesse, avait de fréquentes envies d'uriner et d'aller à la garde-robe, avec un sentiment de pesanteur et de tiraillements dans les aines. Ces symptômes s'accrurent; la suppression d'urine fut complète, puis l'incontinence par regorgement se montra; les excréments étaient durs et rubanés, l'abdomen se tuméfia de bas en haut prodigieusement; sensibilité des parois, œdématie des extrémités inférieures, pouls petit mais régulier; langue nette, coliques utérines légères. Par le toucher, Puzin trouva l'utérus renversé dans le bassin qu'il remplissait, comprimant avec son fond le rectum, avec son orifice le col de la vessie. La sonde retira 4 pintes d'urine. Mais la réduction manuelle, tentée par le vagin, puis par le rectum, ne put être effectuée. Les contractions utérines devinrent de plus en plus fortes et huit jours après amenèrent l'avortement. La mère se rétablit promptement.

Dans cette observation comme dans plusieurs autres, il est vraisemblable que le déplacement préexistait à la grossesse, et que les troubles des voies urinaires et du rectum n'en étaient que la conséquence; mais ces effets d'un premier degré de rétroversion peuvent, à leur tour, devenir causes, et non-seulement empêcher le redressement spontané, mais aussi produire un renversement plus complet.

3. — *Tumeurs.* — Les tumeurs siégeant dans le segment postérieur, postéro-supérieur ou postéro-inférieur de la matrice, tendent à incliner l'organe en arrière; au commencement de la grossesse, le développement de l'utérus que nous avons étudié, aussi bien que le poids et la suractivité ordinaire de la tumeur seront suffisants pour abaisser le fond, insensiblement, dans la courbure sacrée. Le placenta peut agir de la même façon quand il est inséré sur un des points que j'ai indiqués; dans des cas de rétroversion on l'a vu inséré au milieu du fond de l'utérus (Wltczek, obs. XXIII), à la partie droite du fond (Vandoeveren), partie au fond et partie au col. Levret attribuait à cette cause une

(1) Cailletet, thèse, p. 29.

(2) Puzin. Observations raisonnées sur quelques faits rares de médecine pratique, *Thèse de Paris*, 1809, p. 60.

grande importance et pensait que c'était la plus ordinaire des déviations de la matrice, selon la partie où le placenta est inséré.

Dans un cas de rétroversion pendant la grossesse, Ingleby a trouvé une tumeur du fond de l'utérus à laquelle il attribue le déplacement; la réduction fut faite, mais la femme mourut après l'accouchement (*Facts and cases*, p. 78).

Pearson (*Sur le Cancer*, p. 113) rapporte un cas de rétroversion de l'utérus à la suite d'un squirrhe. — Desault observe qu'elle a été causée parfois par un polype utérin.

M. Depaul a rapporté à la Société de chirurgie (29 octobre 1873) qu'il fut appelé à Laon, il y a une quinzaine d'années, pour voir une jeune femme enceinte qui avait tous les phénomènes de l'étranglement interne et ne pouvait plus uriner; c'était une grossesse de trois mois et demi, compliquée d'un corps fibreux siégeant dans la paroi *postérieure* de l'utérus (y avait-il rétroversion?). Le cas devint tellement grave que M. Depaul proposa l'avortement. Après cette opération, les accidents diminuèrent, les garde-robes revinrent et la malade se rétablit.

Chez Mme J... (v. obs. XXVI), M. Hubert constata, après l'accident, deux petites tumeurs vers la partie inférieure de la paroi utérine postérieure; la rétroversion existait aussi à l'état de vacuité et augmentait aux époques cataméniales.

Des tumeurs de la paroi utérine postéro-inférieure peuvent facilement induire en erreur. On pourra en voir un exemple remarquable au chapitre diagnostic (obs. 2e de M. Hubert).

Différentes tumeurs abdominales, spécialement celles qui dépendent des ovaires, peuvent produire ou maintenir une rétroversion de l'utérus gravide. Churchill (t. I, p. 472) dit qu'il a vu des rétroversions dans des cas de tumeurs pelviennes, et rapporte l'observation suivante, où le déplacement était produit à la fois par des adhérences et des débris de kyste ovarien.

Obs. XLIX. — *Rétroversion irréductible d'un utérus gravide, mort*; par Blundell (1). — Une dame atteinte d'hydropisie de l'ovaire fut jetée violemment sur le sol en tombant de voiture, son ventre alla frapper contre une pierre de la route. Revenue chez elle, elle urina en grande abondance, et se plaignit d'une douleur abdominale très-vive. Une fois rétablie, au bout de quelques jours, elle était débarrassée de son hydropisie. Quelque temps après elle se maria, et mourut quatre mois après avec une rétroversion irréductible de l'utérus. L'autopsie fut faite; on constata que, sous l'influence évidente de la chute, le kyste ovarique s'était rompu et le liquide s'était répandu dans le péritoine; le liquide avait été absorbé et éliminé par les reins; le reste du kyste était tombé sur l'utérus, l'avait appliqué en rétroversion sur le promontoire du sacrum, où l'organe s'était trouvé fixé par une inflammation adhésive; l'organe gravide ne put se redresser et des accidents mortels étaient arrivés.

(1) Blundell. *Diseases of women*, p. 6.

Martin, Jeune, de Lyon, en rapporte quelques exemples; en voici un cas après une fausse couche.

Obs. L. — *Rétroversion produite par une tumeur de la fosse iliaque*; par Martin, Jeune, de Lyon (1). — Mme Durand, quinze jours après une fausse couche, éprouva plusieurs des accidents de la rétroversion. Le toucher fit constater, en effet, que ce déplacement existait. Le fond utérin fut refoulé, mais il ne reprit pas entièrement sa position naturelle. En cherchant l'obstacle qui s'opposait à la réduction complète, Martin trouva en avant dans la fosse iliaque droite une tumeur assez volumineuse, qui, en raison de sa dureté et de son insensibilité, lui parut ancienne; c'était elle qui, par son poids, déprimait le fond de l'utérus.

4. — *Adhérences.* - Des adhérences, suites de pelvipéritonite et unissant le fond de l'utérus avec le rectum, peuvent retenir l'organe en gestation en dessous de la saillie sacro-lombaire, si elles sont assez résistantes. Amussat ne les croyait pas rares, et nous avons vu qu'elles existaient dans quatre des autopsies d'Aran, trois fois chez des filles vierges et une fois chez une pluripare.

J'ai cité et discuté plus haut (p. 48 et suivantes) l'opinion de M. Bernutz, d'après laquelle les adhérences péritonéales seraient une des causes les plus fréquentes des enclavements irréductibles; il est certain que dans les rétroversions dépendant de brides cicatricielles, le ramollissement imprimé par la gravidité à tous les tissus pelviens rend le redressement spontané ou artificiel bien plus facile et moins dangereux.

Mais, contrairement à l'avis du savant professeur, les adhérences sont signalées dans un petit nombre d'observations, et dans les cas les plus graves ce n'est pas elles, mais bien le volume de l'utérus et l'inflammation des organes du petit bassin qui ont rendu la réduction difficile ou impossible; cette remarque est importante, car si une réduction est difficile et qu'on l'attribue à des adhérences inextensibles, le praticien n'osera employer des moyens un peu actifs et aura recours à l'avortement, alors que l'expérience prouve que souvent, même après des manœuvres réitérées et assez puissantes (toujours faites avec prudence et sans jamais employer la violence, évidemment), on parvient à remettre l'utérus en place et à éviter la fausse couche. A ce point de vue, l'étiologie a donc une grande importance et doit être recherchée dans chaque cas.

Voici le résumé d'une belle observation que M. Bernutz a publiée, à l'appui de sa manière de voir, dans les *Archives de Tocologie*, de janvier 1875.

Obs. LI. — *Menace d'enclavement à deux mois et demi de gestation; changements successifs de la déviation avant que la rectification complète soit produite à trois mois et demi après l'emploi très-peu prolongé d'un pessaire à air dans le rectum;* par M. Bernutz, médecin de la Charité. — Cuisinière de

(1) *Loc. cit.*, obs. 22e.

26 ans, assez grande, bien conformée, a eu deux grossesses, une à 17 ans, l'autre à 20, qui n'ont nullement été troublées, spécialement du deuxième au cinquième mois; ce qui prouve qu'il n'y avait aucun déplacement utérin préexistant. Après le second accouchement, les règles n'ont plus été aussi régulières qu'auparavant, la malade a eu des retards et des douleurs légères. Mais elle est prise d'un écoulement vaginal de nature suspecte, accompagné de douleurs en urinant, de douleurs pelviennes assez vives, qui durent plus d'un mois ; à la suite les menstruations sont beaucoup plus douloureuses. La blennorrhagie a probablement amené une pelvipéritonite et une rétroversion de l'utérus, comme M. Bernutz l'a vu souvent, pendant qu'il était médecin de Lourcine. Dans ces cas, le déplacement persiste plus ou moins fruste, comme les rétroversions congénitales, mais se manifeste pendant la grossesse. C'est le cas de cette malade.

Enceinte de nouveau, la femme qui a maintenant 26 ans, est obligée de revenir à l'hôpital, huit mois après sa vaginite. Elle entre le 5 novembre pour des vomissements datant de trois semaines, qui avaient pris depuis quinze jours une intensité telle que la malade rendait absolument tout ce qu'elle prenait; ils avaient débuté à l'époque où ses règles, venues régulièrement le 15 août, avaient manqué pour la seconde fois, mais n'avaient pris le caractère incoërcible que huit jours après un voyage assez long ; de plus, depuis six semaines, elle ressentait des douleurs dans le côté droit de l'abdomen et dans le bas-ventre, elle avait de la difficulté pour aller à la garde-robe et pour uriner; ces symptômes avaient sensiblement augmenté dans les deux jours qui avaient précédé l'entrée à la Charité.

M. Bernutz n'eut garde d'omettre le toucher et constata que l'utérus était en rétroversion, conservait une certaine mobilité, et avait un volume correspondant à deux mois et demi de grossesse.

Vu le peu d'intensité des symptômes et l'époque peu avancée de la grossesse, M. Bernutz se contenta de prescrire à la malade le repos absolu au lit, en l'engageant à se coucher assez souvent sur le ventre ou inclinée sur le côté gauche ; un ou plusieurs lavements dans les vingt-quatre heures pour obtenir une garde-robe; cathétérisme matin et soir, si la miction était difficile; enfin 10 pilules de 0,01 d'extrait thébaïque, contre les vomissements.

Le 7 novembre. — Yeux un peu cernés, teint assez bon, pas de fièvre. Les coliques et les douleurs de reins ont diminué, de même que la dysurie; la malade n'urinait qu'une fois ou deux au plus par jour, elle urine bien à présent. Vessie ni utérus ne sont accessibles par l'hypogastre. Au toucher, on sent le col utérin gros, entr'ouvert, appuyant fortement contre la symphyse pubienne. Le corps de la matrice forme une tumeur arrondie, du volume du poing, dans le cul-de-sac postérieur; les mouvements communiqués à cette tumeur, qui est de même consistance dans toute son étendue et peu mobile, se perçoivent au niveau du col. Cette tumeur est appliquée contre la face antérieure du sacrum ; dans sa partie la plus saillante, elle est située à 0,07 de l'orifice vaginal, tandis que le col abaissé plutôt que relevé est à 0,04. Vomissements continuent. Prescription : repos absolu ; potion de Rivière ; glace ; lavements émollients. Une portion d'aliments.

Le 9. — Vomissements moins fréquents ; dysurie a disparu.

Le 10. — Corps utérin à 0,08 de l'orifice vaginal ; col moins appliqué sur le pubis. On recommande à la malade de rester le plus possible couchée sur le ventre.

Le 13 — Vomissements, reparus le 11, continuent aussi abondants qu'au début ; utérus à 8 1/2 centimètres de l'orifice vaginal ; urine facile, selle provoquée.

Le 16. — Vomissements moins abondants ; col moins appliqué contre la symphyse ; on trouve entre lui et le corps de l'utérus une dépression ou angle rentrant.

Le 29. Vomissements alimentaires et bilieux ; toujours des coliques ; le col est presque au centre du vagin, à 3 1/2 centimètres de l'orifice vaginal ; il forme un angle avec le corps qui est toujours dans le cul-de-sac postérieur ; de sorte que *une rétroflexion bien manifeste a remplacé la rétroversion*. On ajoute comme prescription un paquet de 0,05 de poudre de noix vomique avant chacun des repas.

Le 21. — Les vomissements, complétement arrêtés les deux derniers jours ont reparu. On applique dans le rectum un pessaire à air (méthode Favrot), qu'on insuffle, en s'assurant par le vagin que l'on refoule bien le corps en avant ; on le laisse deux heures ; après, selle sans lavement. Pas de douleurs ni de vomissements pendant la journée.

Le 22. — Deuxième application semblable du pessaire ; elle est suivie de coliques et de douleurs dans le ventre qui font prescrire 1/4 de lavement avec 20 gouttes de laudanum.

Le 23. — Corps utérin un peu remonté.

Le 25. — Troisième application du pessaire pendant une heure et demie ; elle n'est pas suivie de douleurs.

Le 26. — Plus de vomissements ; le col, au centre du vagin, est à peine à 3 centimètres de l'orifice ; le corps est un peu remonté, mais forme toujours une saillie considérable dans le cul-de-sac postérieur.

Le 27. — La malade fait une chute sur le siége, et est prise de coliques, douleurs expulsives, vomissements, qui nécessitent l'usage continu de cataplasmes laudanisés et d'un lavement fortement laudanisé.

Le 30. — Plus de douleurs ni de vomissements. Col à 2 centimètres de l'orifice vaginal ; corps, toujours inaccessible par l'hypogastre, à 9 1/2 centimètres de l'orifice vaginal.

Le 1er décembre. — Changement remarquable. Le corps est facilement senti par la palpation abdominale ; le cul-de-sac postérieur, dans lequel on ne sent plus de tumeur, n'a plus que 7 centimètres de profondeur.

Le 8. — Le corps de la matrice remonte jusqu'à trois travers de doigt de l'ombilic, le col large, mou, s'est porté en arrière et à gauche ; il est à 7 centimètres de l'orifice vaginal. La malade se trouve bien et commence à se lever.

Le 14, elle demande à sortir et n'est plus incommodée que par de rares vomissements.

M. Bernutz n'a pas constaté les adhérences, mais cette femme a eu des grossesses heureuses puis une blennorrhagie avec douleurs pelviennes et dysurie

et, après, des menstruations douloureuses; or, M. Bernutz a vu souvent, à Lourcine, des rétroversions se produire sous ses yeux, chez des femmes atteintes de vaginite avec retentissement sur le péritoine pelvien. Cela est sans doute possible, mais quoiqu'en dise M. Bernutz, je pense qu'on peut proposer une autre explication. La pelvipéritonite n'a point été constatée, pas plus que les adhérences qu'elle aurait laissées à sa suite; le catarrhe utérin et une ovarite ont pu occasionner les douleurs pelviennes et les menstruations difficiles subséquentes; de là aussi les difficultés du début de cette grossesse; les efforts de vomissements produisent un premier degré de rétroversion, celle-ci s'aggrave par le double voyage dont il est parlé, il se produit de l'engorgement et dès lors un certain degré d'enclavement.

Dans le cas suivant, l'auteur sentit distinctement les brides cicatricielles.

Obs. LII. — *Rétroversion au troisième mois de la grossesse avec adhérences au rectum ; réduction en faisant exécuter à l'utérus un mouvement de torsion; guérison. — Récidive et avortement à la grossesse suivante ;* par Amussat (1). — Mme G..., 38 ans, garde-malade, bien conformée, avait eu deux grossesses et deux accouchements heureux ; mais quinze jours après le dernier, elle s'exposa au froid et à l'humidité et fut atteinte d'une métropéritonite, dont elle guérit, du reste, rapidement. Mais elle en conserva une rétroversion de l'utérus, avec douleurs et pesanteur dans les reins, difficultés à aller à la garderobe, etc.

Les accidents ayant augmenté, elle vint retrouver Amussat le 27 juillet 1839; le toucher par le vagin fait reconnaître une tumeur volumineuse, molle, fluctuante, située au fond de ce conduit et formée par l'utérus; cet organe est douloureux, surtout lorsqu'on presse dessus pour le faire remonter; le col est fortement recourbé et situé derrière la symphyse ; ses lèvres sont molles et son ouverture pubienne peu large.

« L'exploration indique donc une rétroversion, et l'absence des règles depuis trois mois, et le volume de l'organe, ajoutent la presque certitude de grossesse. »

Les docteurs Levaillant et Camescasse ayant également reconnu l'accident, on procéda à la réduction.

La malade fut placée comme pour une application du forceps. Amussat introduisit alors dans le rectum l'indicateur droit et, appuyant son coude contre sa hanche, le fit pénétrer vers la symphyse sacro-iliaque droite ; malgré tous ses efforts, ne parvenant pas à réduire, il rechercha la cause de cette impossibilité. A l'aide d'un examen attentif, il sentit distinctement au fond du vagin, à gauche de la tumeur, des brides dans lesquelles le doigt s'accrochait ; mais l'utérus était libre à droite et Amussat résolut d'agir de manière à faire tourner l'utérus du côté opposé à celui où existaient des adhérences, c'est-à-dire de droite à gauche. Ayant répété plusieurs fois, et très-énergiquement, ses tentatives, en remontant l'utérus tout en lui faisant faire un mouvement de torsion, il parvint à remettre l'organe dans sa position naturelle.

(1) Mémoire cité, 2e observation.

La malade fut couchée sur le ventre et on appliqua des sangsues à l'hypogastre, afin de prévenir une inflammation imminente à la suite d'une pareille opération.

Huit ou dix jours après, la malade était tout à fait rétablie, et sa grossesse arriva heureusement à terme.

En 1841, Mme G..., devint pour la quatrième fois enceinte, et, à la suite d'un effort pour soulever un malade paralysé, elle éprouva des douleurs utérines qui durèrent huit jours environ, et qui furent suivies d'une fausse couche de deux mois environ.

Amussat put constater plus tard que l'utérus était revenu en rétroversion.

Dans ce cas, ces adhérences qui avaient subi une première distension dans la troisième grossesse, s'allongèrent probablement dans la quatrième, car cette fois les accidents survinrent à la suite d'un effort. Elles agirent probablement aussi, plutôt comme causes prédisposantes que déterminantes, dans l'observation suivante, car la grossesse était déjà à quatre mois et demi et les accidents furent également le résultat d'efforts multipliés.

Obs. LIII. — *Rétroflexion à quatre mois et demi de grossesse ; adhérences; succès de la réduction bipolaire combinée ; mort du produit de la conception qui n'est expulsé qu'au neuvième mois*; par M. le professeur L. J. Hubert. — La femme Bernardine Surtewargen, de Gilly, 32 ans, bonne constitution, a eu cinq enfants et deux pertes : la première après son second accouchement. Tous ses enfants sont vivants.

Après le premier accouchement, elle fut longtemps malade et éprouva des douleurs dans le ventre qui furent combattues par les cataplasmes et les bains généraux [des adhérences se sont probablement produites alors, ainsi que nous le verrons plus bas].

En octobre 1871, enceinte de quatre mois et demi, dans une cholérine, à la suite d'efforts de vomissements, elle sentit une douleur dans le ventre et les reins, puis eut un écoulement de sang pendant quinze jours suivi de rétention d'urine et de constipation pendant huit jours (cela fait cinq mois et huit jours). Son médecin, M. Quinet, avait dès l'abord reconnu une rétroversion et avait essayé en vain de réduire. Il envoya alors sa malade à l'hôpital de Louvain.

Les tentatives de réduction avaient été extrêmement douloureuses, au dire de la malade, mais elles avaient été bien faites, car malgré le voyage assez long (12 lieues), les accidents ou les malaises ne s'étaient nullement aggravés. Il existait une gêne, une douleur sourde dans le bassin, aux lombes et aux aines, un besoin presque constant d'uriner, de la difficulté et de la cuisson dans l'émission des urines, mais ni plus ni moins qu'avant la manœuvre. Quant aux selles, elles étaient toujours restées libres, probablement parce que le globe utérin tout entier se trouvait un peu dévié à droite.

M. Michaux me pria d'examiner la malade et voulut bien la confier à mes soins. Au palper je trouvai un peu au-dessus et en arrière du pubis *droit* une saillie assez ferme sous la main et régulièrement convexe. Au toucher, je recon-

nus que le col de la matrice correspondait à la partie supérieure de la symphyse pubienne dont la résistance l'avait infléchi, coudé. Grâce à cette disposition, j'atteignis sa lèvre postérieure et son orifice légèrement entr'ouvert, sans pouvoir toutefois bien explorer la lèvre antérieure.

La paroi postérieure de l'utérus, devenue inférieure, conservait sa fermeté dans le voisinage du col, mais elle était plus souple, plus molle en arrière vers le centre du bassin. Elle était cependant loin d'offrir le même amincissement et la même mollesse que chez la femme J...

Le fond de l'organe ne remplissait pas la concavité du sacrum ; il correspondait plutôt à la seconde et à la première pièces de cet os, et, en cela, le cas ressemblait un peu plus au précédent.

La malade redoutant vivement les douleurs qu'elle connaissait, je la soumis au chloroforme, puis l'ayant placée sur son côté droit, j'introduisis dans le vagin quatre doigts de la main droite, que je dirigeai vers le fond, pendant que ceux de l'autre main s'appliquaient au-dessus des pubis, un peu plus à droite qu'à gauche. En la faisant agir en sens opposé, je parvins peu à peu, et non sans rencontrer de vives résistances, à refouler le fond de l'organe au-dessus du promontoire, de sorte qu'il vint former à la région hypogastrique une tumeur saillante, facile à empoigner.

Cependant le mouvement de bascule n'était pas complet.

Le col utérin s'était bien un peu abaissé et légèrement écarté des pubis, mais même sous une pression assez forte, il ne se laissait pas reporter dans l'axe du détroit supérieur. On aurait dit que transversalement à droite et un peu plus en avant, vers la cotyloïde, des adhérences s'opposaient à une réduction complète.

J'engageai la malade à se tenir couchée sur le côté et quoi qu'elle eût pu émettre spontanément les urines, je la fis sonder trois ou quatre fois dans les premières vingt-quatre heures.

Je la revis au bout de trois jours. Le corps et le fond de la matrice continuaient à former une tumeur grosse comme une bonne tête de fœtus et facile à prendre dans la main, mais un peu moins saillante en avant que d'ordinaire.

Au toucher, je trouvai la partie postérieure de l'excavation et du détroit supérieur bien libre, mais cependant la partie postero-*inférieure* de la matrice restait accessible en relief, et quant au col, il avait presque repris sa position vicieuse, aussi l'émission des urines avait-elle de nouveau rencontré un peu de gêne dans la nuit.

J'essayai, cette fois sans chloroforme, et en agissant exclusivement sur le segment inférieur de compléter le redressement du viscère. Je parvins à écarter le col de deux à deux centimètres et demi des pubis, mais sans pouvoir aller plus loin. L'obstacle me parut de nouveau siéger dans les points que j'ai indiqués plus haut.

Que fallait-il faire ? S'obstiner dans les tentatives de replacement ? Je ne le pensai pas, ni mon habile confrère M. Michaux non plus.

L'organe gestateur n'avait pas sa direction normale, mais il n'était plus comprimé et il pouvait se développer assez librement dans l'abdomen. Quant à la

cause, quelle qu'elle fût, qui semblait fixer son segment inférieur dans une situation insolite, il nous sembla plus prudent de laisser à la nature — si riche en ressources — le soin de la surmonter peu à peu que de vouloir, nous, la vaincre de vive force.

Le soulagement obtenu était d'ailleurs tel que la femme se croyait complétement guérie et qu'on la laissa partir au bout de quelques jours, après lui avoir donné les conseils que sa position réclamait pour le moment et pour l'avenir.

Elle revint à Gilly guérie, mais, après son retour, un suintement sanguin plus ou moins clair se fit par les parties, et au bout de quatre mois elle expulsa une masse ressemblant à du sang décomposé et grosse comme deux poings. Depuis, la femme s'est parfaitement rétablie et s'est encore accouchée une fois heureusement.

Il est probable que l'enfant était mort quand j'ai vu la malade, car l'utérus eût été plus développé.

5. — *Autres causes.* — Je ne rappellerai que pour mémoire la très-grande laxité des ligaments utérins, l'amplitude du bassin, le rétrécissement du détroit supérieur avec projection du promontoire, les descentes de matrice, enfin et surtout *la rétroversion à l'état de vacuité*; je me suis suffisamment appesanti sur ces causes pour ne plus avoir besoin d'y revenir.

6. — *Causes accidentelles.* — Je range sous ce titre toutes les causes occasionnelles de la rétroversion qui se présentent en quelque sorte comme accidents, coups, chutes, efforts de différentes espèces, soit pour soulever ou transporter un fardeau, soit pour uriner, aller à la selle, vomir, tousser, etc. Souvent les femmes rapportent d'autant plus facilement elles-mêmes leur maladie à l'accident, que les symptômes se sont montrés immédiatement, ou peu de temps après ce dernier et que dans certains cas, elles ont éprouvé au moment même une sensation spéciale, douloureuse ou non, de déplacement dans le bas-ventre.

En voici des exemples :

Obs. LIV. — *Rétroversion à quatre mois de grossesse; insuccès des procédés manuels; réduction avec un instrument courbe; guérison,* par Richter. — Une femme, enceinte de quatre mois environ, fit une chute sur le rectum en descendant par une échelle et sentit un déplacement s'opérer immédiatement dans son bas ventre; dès lors, difficulté croissante pour uriner, accompagnée de grandes douleurs, mouvements du fœtus moins distincts. Quatre semaines après, le 30 mars 1796, Richter fut appelé et constata une tumeur saillante à la vulve, formée par un prolapsus du vagin du côté gauche; la cavité pelvienne parut entièrement remplie, et ce ne fut qu'avec une grande difficulté que son indicateur put atteindre l'orifice utérin placé au niveau des pubis et appliqué contre la paroi vaginale antérieure. La difficulte pour uriner était telle que même en favorisant cette fonction par l'introduction des doigts et par la flexion du corps en avant, l'urine ne sortait que goutte à goutte; la vessie formait une tumeur volumineuse et dure, remontant au-dessus de l'ombilic; les douleurs hy-

pogastriques étaient très-vives, le pouls fébrile, l'esprit cruellement tourmenté. Richter tenta la réduction de l'utérus rétroversé ; mais, quoiqu'il eût mis en pratique toutes les manœuvres indiquées et placé la femme sur les coudes et les genoux, tous ses efforts furent vains. Alors, ne voulant pas demeurer simple spectateur de la mort de cette femme, il fit confectionner un instrument qui pût être porté plus haut que le doigt : outre son manche, ce levier était formé d'une tige en fer à laquelle on donna la direction de l'axe du bassin ; au sommet de cette tige fut fixé, au moyen d'un pas de vis, un cône tronqué de liége, dont l'extrémité supérieure fut rendue concave afin de recevoir et de fixer l'utérus ; ce cône fut recouvert d'une peau très-souple. La malade fut placée sur les coudes et les genoux et Richter introduisit son instrument, non sans de grandes précautions, le conduisant avec l'indicateur de la main gauche, le long de la paroi postérieure du vagin, de telle sorte que la convexité de la tige correspondît à la concavité du sacrum et que la concavité du cône de liége allât s'appliquer contre la convexité de l'utérus. Dès lors, en continuant à soutenir la tige de l'instrument avec l'indicateur, l'opérateur saisit le manche de la main droite, et poussa la tige doucement en haut, en lui imprimant une direction telle que le sommet du cône de liége parût devoir atteindre l'ombilic.

Cette manœuvre fut couronnée de succès ; l'utérus fut réduit, le prolapsus du vagin et tous les autres symptômes disparurent. La femme accoucha à terme d'un enfant bien portant.

Obs. LV. — *Rétroversion à trois mois de grossesse; guérison*, par France (1). — L'auteur fut appelé au secours d'une femme enceinte de trois mois environ, d'un tempérament lymphatique, et qui venait d'éprouver une violente compression sur le ventre par l'essieu d'une voiture. La malade était très-souffrante, se plaignait de violents maux de reins, de picotements à la vulve, de douleurs dans le ventre et d'impossibilité d'uriner. France pratiqua une saignée, puis, ayant touché, il trouva le col de l'utérus placé derrière le pubis et le fond dans la courbure sacrée. Les accidents commençaient à prendre de l'intensité ; cependant, comme la vessie n'était pas distendue, que la maladie était *récente* et que la saignée avait occasionné un peu de relâchement, il crut le moment favorable pour la réduction qui s'effectua, comme il l'avait prévu, sans difficulté. On vit bientôt disparaître tous les accidents, et la malade fut promptement guérie.

Obs. LVI. — *Rétroversion méconnue à quatre mois de grossesse; mort du produit de la conception, six semaines après; douleurs d'accouchement à sept mois; vaines tentatives de réduction; nouveau travail à neuf mois et demi; mort, autopsie;* par M. Macléod (2). — Me M... 40 ans, au quatrième mois de sa troisième grossesse, fut prise le 25 juillet 1855, peu après avoir soulevé un lourd fardeau, de douleur aiguë à l'hypogastre, de pression et tiraillements dans le bassin, de rétention d'urine. On la sonda pendant six semaines ; puis la miction se fit naturellement. Quelques sangsues, des laxatifs diminuèrent la douleur et la constipation.

Puis il survint : anorexie, nausées, vomissements, flatulence, faiblesse pen-

(1) Thèse de Paris, obs. Ire.

(2) Glasgow méd.-journ. — Janvier 1857.

dant cinq semaines ; après, nouveau soulagement. Au commencement d'octobre, hémorrhagie utérine suivie de la diminution subite du volume du ventre, ce qui fit supposer que le liquide amniotique s'était écoulé. La rétroversion fut parfaitement reconnue, on sentit la tête de l'enfant à travers le segment postérieur aminci de l'utérus, mais on ne trouva pas les bruits du cœur fœtal ; des tentatives de réduction par le rectum ne purent réussir.

Les douleurs qui en furent la suite, n'amenèrent aucune dilatation du col. On donna les toniques, un régime fortifiant et l'opium contre la diarrhée.

Le 30 décembre, les douleurs reparurent ; on essaya de nouveau à plusieurs reprises de replacer la matrice ; on introduisit même dans le col un crochet mousse, fabriqué *ad hoc* pour aider au mouvement de bascule. La malade était si faible qu'on n'osa employer le chloroforme, ni introduire la main entière dans l'intestin. Le pouls s'affaiblit, donna 150 pulsations ; des sueurs abondantes se montrèrent, la diarrhée persista jusqu'au jour de la mort, 3 janvier 1856.

Autopsie. — Vingt-quatre heures après la mort. — Epiploon entièrement absorbé. L'utérus est adhérent par devant aux parois abdominales, sur les côtés à la fosse iliaque, en haut à l'arc transverse du colon. Au centre de cette dernière adhérence existe une rupture de l'intestin, à peine assez large pour permettre l'introduction d'un tuyau de plume d'oie.

Aucun épanchement stercoral n'a eu lieu par cet orifice. En arrière, le fond de la matrice est fortement uni au rectum et à la face interne du sacrum par d'anciennes adhérences. La vessie paraît saine et contient une petite quantité d'urine. Le col de l'utérus non dilaté, est situé à un pouce au-dessus et en arrière de la symphyse pubienne, un peu à gauche de la ligne médiane.

La matrice occupe la cavité pelvienne, est mince, ardoisée et renferme les débris d'un fœtus d'environ cinq mois, le placenta, les membranes et un peu de liquide amniotique. Tout ce contenu est dans un état avancé de décomposition.

Les anciennes adhérences signalées dans l'autopsie dataient vraisemblablement du quatrième mois ; bien certainement, si elles existaient auparavant, elles n'ont été que causes prédisposantes et ont permis au violent effort dont il est parlé, d'avoir pour résultat une rétroversion avec enclavement rapide.

Il n'en est cependant pas toujours ainsi, et si les causes accidentelles donnent d'habitude une rétroversion à forme rapide, parfois elles ne font qu'augmenter plus ou moins brusquement des symptômes déjà existants ; d'autres fois, ceux-ci ne se montrent, du moins avec une certaine intensité, que quelques temps après ; d'autres fois enfin, il y a deux accidents : le premier n'est suivi que de symptômes peu importants ou éphémères, qui, après le second, s'aggravent ou réapparaissent subitement.

Faut-il pour ces faits créer une troisième catégorie de rétroversion, comme le pense M. Cailletet ? C'est ce que je vais examiner après avoir expliqué le mécanisme des rétroversions accidentelles.

Le plus souvent, comme le dit Négrier, le déplacement provient « d'une pres-

sion de haut en bas et d'avant en arrière, exercée sur le fond de l'utérus par le choc ou le poids d'un corps extérieur ou par l'action musculaire seule des parois abdominales, pression transmise, dans la même direction, par la masse flottante de l'intestin ou par les matières fécales durcies, accumulées dans la portion iliaque du colon; » d'autres fois, mais plus rarement par « une violente secousse que fait éprouver, surtout aux organes pelviens, une chute brusque sur le siége, ou sur les pieds. » M. Barnes croit que si la vessie est distendue, ces causes agissent plus facilement, ce qui ne serait pas l'avis de Burns, comme nous l'avons vu.

Il est de fait que l'utérus n'est pas à l'abri des violences extérieures, surtout quand il est augmenté de volume; l'expérience de tous les jours nous le prouve. Mais au commencement de la grossesse, elles n'ont pas toujours un effet instantané, comme paraissent le croire certains auteurs qui ont écrit sur la rétroversion. Ce fait a été relevé, mais non expliqué par M. Cailletet. Si l'utérus est médiocrement distendu et qu'une cause subite fasse passer le fond utérin sous le promontoire, le déplacement se réduira spontanément, à moins que l'éminence sacrée ne soit fort accentuée, que les intestins ne soient distendus, ou que les ligaments n'aient été tiraillés ou rompus; ce redressement se fera, soit par le développement graduel de l'organe, soit immédiatement après l'accident, par la contraction des ligaments musculeux; dans ces cas, l'utérus pourra cependant demeurer plus penché en arrière que de coutume et la violence aura laissé une prédisposition ultérieure : même résultat aura été obtenu si l'organe reste dans une position plus déclive qu'auparavant. Quelques troubles peuvent donc persister qui ne deviendront importants ou graves que si une nouvelle cause reproduit le déplacement.

Mais si le grand axe de l'utérus est supérieur au diamètre sacro-pubien, si surtout le promontoire est saillant, ou si les ligaments utérins sont lâches, extensibles, rompus, alors le fond sera retenu en dessous de l'angle sacro-vertébral, et la rétroversion deviendra définitive.

Toutes sortes de chutes, de coups, d'efforts, peuvent produire ce résultat; mais la pression abdominale agit dans un sens tout à fait favorable pour y arriver ; c'est pourquoi les violents efforts pour aller à la selle, pour uriner, pour vomir, pour soulever un fardeau, etc., sont souvent indiqués, dans les observations de rétroversion, comme causes déterminantes. Inutile de dire que l'effort nécessaire pour produire le déplacement, dépend du volume de l'utérus et de l'amplitude du détroit supérieur et de l'excavation ; le rapport du grand axe utérin avec le diamètre sacro-pubien doit surtout être considéré. Les efforts d'expulsion auxquels les femmes se livrent dans les avortements, peuvent également renverser le fond de l'utérus, car à ce moment, on sait que tous les organes génitaux sont fort relâchés, très-lubrifiés. On peut expliquer ainsi le cas suivant.

Obs. LVII. — *Latéro-rétroversion à trois mois de grossesse; influence de l'avortement, réduction*; *par* Martin *jeune, de Lyon.* (1). — Mme Pin, 32 ans, marchande de sel, avait eu 2 enfants à terme et un avortement de 2 mois; elle avait eu une chute de matrice, survenue à la suite d'un travail pénible, à laquelle un chirurgien avait remédié en refoulant l'organe prêt à s'échapper par la vulve.

En février 1810, étant enceinte de trois mois, elle fit un effort en aidant un homme à placer sur ses épaules un sac de sel pesant plus de 100 livres; à l'instant même, elle ressentit dans les reins une douleur; cinq jours après, une perte utérine se manifesta et fut accompagnée de coliques vives, revenant par intervalle, M. Dumas, appelé, toucha, ne reconnut point de déplacement et prévit un avortement. Les contractions utérines devenant de plus en plus fortes, les selles et les urines furent supprimées pendant près de 12 heures; la perte diminua et finit par s'arrêter, probablement parce que la rétroversion augmentant à la suite de la distension de la vessie, le museau de tanche s'appliqua contre le pubis qui fit l'office de tampon.

Une douleur vive et constante dans le côté gauche de l'hypogastre, augmentant à chaque contraction utérine, fit pousser à la malade des cris lamentables toute la nuit. La matin elle urina avec douleur, mais fut un peu soulagée. A ce moment, Martin appelé, constata que le col de l'utérus était placé derrière le pubis et un peu à droite, et que le fond était appuyé sur le sacrum; le corps de l'organe formant dans le vagin une tumeur arrondie, du volume du poing, déprimait la paroi postérieure de ce conduit; elle était douloureuse au toucher, et offrait une résistance qui annonçait un engorgement inflammatoire.

L'orifice ouvert, qu'on touchait avec difficulté, laissait échapper une portion du placenta. Dumas ne retira par la sonde que peu d'urine; il essaya de réduire, mais la résistance qu'il éprouva et les cris de la malade, l'obligèrent à cesser la manœuvre. Martin réussit cependant, mais avec beaucoup de peine, puis il termina immédiatement l'avortement.

Une petite saignée fut pratiquée pour diminuer l'engorgement de l'organe, et quelques injections utérines émollientes complétèrent la délivrance.

Martin croit que la rétroversion a, dans ce cas, été le résultat des contractures utérines et des efforts faits pour opérer l'avortement, et non de l'accident qui y a donné lieu.

Elleaume attribue cette rétroversion à l'effort fait par la femme Pin; mais il faudrait croire alors que le docteur Dumas s'est trompé dans son examen, ce qui évidemment n'est pas impossible. Lacroix explique ce déplacement par les efforts du diaphragme et des muscles abdominaux, pour soutenir les contractions utérines. J'admets cette dernière explication, d'autant mieux que la rétention d'urine et des matières fécales, n'est signalée qu'après la visite du docteur Dumas, et que la perte a pu être arrêtée, comme le dit Martin, par le fait

(1) *Loc. cit.* obs. première.

même de la rétroversion, le museau de tanche étant venu s'appliquer contre le pubis droit. On pourrait dire aussi que l'effort a déterminé un premier degré de rétroversion, et que le déplacement s'est accru sous l'influence des contractions abdominales. Si les symptômes n'ont pas été d'emblée caractéristiques, c'est qu'il y avait en même temps un peu de latéroversion. En tous cas, il s'agit bien encore ici d'une forme accidentelle et subite.

Après les observations que je viens de reproduire, et les citations qu'on trouvera dans le paragraphe suivant, il est permis de s'étonner de voir certains auteurs en arriver à nier, pour ainsi dire, les rétroversions à forme subite, les rétroversions accidentelles. M. Bernutz les croit exceptionnelles, et pour M. Schröder « il est douteux que l'utérus ayant sa situation normale, une cause aiguë puisse suffire à produire une rétroflexion, à un moment où l'utérus est assez développé pour qu'une incarcération puisse se manifester immédiatement. »

Ce dernier auteur admet, avec Lohmeir, Brünninghausen et Tyler Smith, qu'il s'agit ordinairement de grossesses, se produisant dans des utérus déjà rétroversés avant l'imprégnation. M. Barnes admet les rétroversions subites, mais place en première ligne les rétroversions antérieures à la gestation.

Je vais dans quelques instants étudier la fréquence relative des différentes formes de ce déplacement, mais je dois faire remarquer ici que la grande importance existe surtout quand il est accompagné de symptômes morbides, d'enclavement. Si la grossesse n'est point entravée, le praticien n'a guère à s'en occuper; il n'est pas souvent consulté du reste alors. Mais il importe beaucoup de savoir que les accidents surviennent le plus souvent, qu'il y ait eu déviation primitive ou non, après une cause occasionnelle qui donne à la maladie une forme subite, un aspect aigu. Or, cela n'est pas contestable; il suffit, pour s'en convaincre, de lire les observations nombreuses contenues dans ce travail; on verra que fréquemment les symptômes du déplacement ne se sont manifestés, ou n'ont pris un aspect alarmant, qu'après une cause nettement déterminée. Comment agit cette cause (coup, chute, efforts de différentes espèces)? Suffit-elle pour produire la rétroversion? Je le pense, et je crois l'avoir démontré dans le *mécanisme*. Ou bien cette cause n'agit-elle qu'en produisant un degré plus avancé du déplacement, ou une congestion de l'organe qui amène un enclavement rapide? Cela est possible et existe certainement dans un certain nombre des cas rapportés. Mais, même alors, l'enclavement est subit si la rétroversion ne l'est pas, et, par un abus de langage pratiquement excusable, me semble-t-il, on peut dire rétroversions subites, alors qu'il ne s'agit en réalité que de rétroversions à enclavement subit. Il est donc bien entendu que, quand je parlerai de rétroversions à forme subite, il s'agira de déplacements dont les symptômes morbides, d'enclavement ou non, se seront produits rapidement, après une cause déterminée, de façon à donner à la maladie un aspect accidentel, des débuts assez rapides.

7. — *Fréquence relative.* — Je vais maintenant passer en revue les différentes observations au point de vue de l'étiologie ; je les rangerai en trois classes : forme subite ; forme lente ; forme mixte. Mais je dois dire d'abord que je range dans la forme subite : 1° Les cas où quelques difficultés légères pour uriner ou aller à la selle, sont signalées avant la chute ou l'effort, parce que ces inconvénients antérieurs doivent, selon moi, être considérés simplement comme symptômes prémonitoires, suites d'une des causes prédisposantes que nous avons étudiées ; il faut alors, bien entendu, que les symptômes prennent une intensité notable après l'accident et deviennent caractéristiques ; il faut tenir compte aussi de la sensation de déplacement que la femme a éprouvée, et de son affirmation qui fait remonter l'accident à un moment assez précis, et le fait dépendre de telle ou telle cause ; 2° Les cas où l'accident n'est pas suivi immédiatement des symptômes ; ceux-ci peuvent ne se montrer que quelques heures, ou même deux ou trois jours après, car l'urèthre peut ne pas être tout à fait comprimé, l'urine passe encore en partie, mais bientôt les parois utérines s'engorgent et le déplacement arrive à un degré supérieur, tant par les efforts pour vider la vessie et le rectum, que par le poids des matières fécales et de l'urine.

1°. — *Forme subite.*

1. C'est après avoir dansé, que Mme M..., (obs. de M. Barnes), *enceinte de quatre mois*, fut prise de douleurs dans le ventre et de rétention d'urine.

2. La femme Lovinfosse (1re obs. de l'auteur) avait *senti quelque chose descendre* dans le bas-ventre en sautant dans un bateau.

3. La femme Lefebvre (1re obs. de M. Depaul) montait un seau plein d'eau lorsqu'elle sentit tout à coup une douleur vive dans le bassin, et fut obligée de quitter son fardeau.

4. Mme A. G... (obs. de Ramsbotham) éprouva une *douleur subite* à la partie inférieure de l'abdomen, en tirant un seau plein d'eau de puits ; la rétention d'urine ne fut complète que quelques jours après, à la suite d'une course faite dans un omnibus qui secoua beaucoup la malade.

5. L'épouse Duvivier (2e obs. de Martin, de Lyon), en soulevant une fille, éprouva dans le bassin une douleur, suivie d'une perte.

6. Mme J... (10e obs. de M. Hubert), à la suite de fatigues causées par un déménagement, éprouva des douleurs, etc.

7. Mme Van... (11e obs. de M. Hubert), eut sa 3e rétroversion à la suite d'un effort ; la cause des deux premières n'est pas indiquée, un bassin large seulement est signalé.

8. L'épouse Augustin (4e obs. de Martin, de Lyon) avait reçu un coup sur le ventre.

9. La femme Geoffret (6e du même) souleva un pesant fardeau pour le placer sur la tête d'un homme ; aussitôt elle ressentit...

10. La femme Perret (8e du même), en se baissant pour ramasser quelque chose, éprouva dans le bassin, une douleur suivie d'un besoin d'uriner qu'elle ne put satisfaire.

11. La femme Aimar (9e du même) se livrait aux travaux de son ménage, lorsqu'elle éprouva *tout à coup* un besoin pressant d'uriner qu'elle ne put satisfaire.

12. Mme Percy (10e du même), après un exercice fatigant, éprouva des douleurs, puis, après beaucoup d'efforts inutiles pour uriner et aller à la selle, elle s'aperçut qu'une tumeur, survenue *presque subitement*, sortait du vagin.

13. La seconde malade de Baudelocque eut une rétroversion subite, parce qu'on repoussa le col de la matrice, par un effort plus grand que de coutume.

14. La troisième malade du même auteur eut également une rétroversion brusque ; la cause n'est pas indiquée.

15. La blanchisseuse de Desgranges appuya fortement sur son ventre un chaudron très-lourd, rempli de linges mouillés.

16. La femme P... (6e obs. de Godefroy), *cultivatrice*, fut prise *subitement*, à la fin du troisième mois de sa quatrième grossesse, de douleurs hypogastriques et de rétention d'urine ; cause non indiquée.

17. La malade de M. Gosselin en soulevant sur ses épaules un lourd fardeau, éprouva une douleur dans les reins ; deux jours après elle était au lit...

18. La femme X... (2e obs. de Négrier) éprouva *tout à coup*, sans savoir à quoi attribuer *son accident*, des douleurs, etc.

19. Cette même femme (3e obs. du même) eut une nouvelle rétroversion à la grossesse suivante, après avoir fait des efforts pour porter un sac très-lourd qu'elle avait appuyé sur son ventre.

20. La fermière K... (4e obs. du même) fit un violent effort pour enlever et faire rouler une brouette fortement chargée.

21. Mme E... (5e du même) en portant deux seaux remplis d'eau, ressentit une secousse dans son ventre.

22. La femme B... (6e du même) tomba dans un escalier d'une hauteur de cinq marches ; la secousse produisit *instantanément* un dérangement dans son ventre.

23. C'est dans une cholérine, à la suite d'efforts de vomissement, que la femme Surtewargen (9e obs. de M. Hubert) ressentit une douleur dans le ventre et les reins, puis différents autres symptômes ; l'utérus était cependant rétroversé antérieurement et bridé par des adhérences ; les efforts ont agi en augmentant le déplacement et en amenant de l'engorgement utérin : l'enclavement a pris ainsi un aspect accidentel.

24. Mme P. N... (3e obs. de M. Hubert) dont la matrice était si mobile et

l'excavation ample, était au onzième jour de ses couches, lorsqu'elle se baissa et souleva un enfant; *à l'instant* elle ressentit une douleur etc.; elle eut encore une rétroversion une autre fois, après avoir dansé.

25. Mme Del... (4e obs. de M. Hubert) après un voyage à Tirlemont, perdit un peu de sang; elle reprit ses occupations très-nombreuses, etc.

26. La malade de Vandorpe, en tirant de l'eau d'un puits, sentit des douleurs diverses et de la difficulté d'uriner.

27. Mme S... (1re obs. d'Amussat) rapporta de la Halle jusqu'à chez elle, un fardeau de 25 à 30 livres.

28. Mme G... (2e obs. du même) atteinte d'adhérences et ayant déjà eu une rétroversion lente, eut une récidive à la grossesse suivante, à la suite d'un effort pour soulever un malade paralysé.

29. La femme M... (3e obs. de Godfroy) fit une chute sur le siége en descendant un escalier. *Immédiatement* après...

30. Mme B... (5e obs. du même) se livrant au rudes travaux des champs, après un effort, fut prise de difficultés pour uriner, etc.

31. Mêmes débuts chez la fermière K... (obs. de M. Guyot).

32. La malade de M. Barrier se fatigua un jour en lavant du linge, et fit des efforts pour le soulever.

33. La femme Lechat (obs. de Dussaussois) fit de sa hauteur, une chute sur les fesses et les lombes.

34. La femme B... (obs. de M. Barth) souleva un seau plein d'eau, et ressentit une *douleur aiguë*; ce ne fut cependant que huit jours après que les urines et les selles furent supprimées.

35. La femme de l'obs. de Wittich fit un effort en soulevant un fardeau, ce qui occasionna...

36. La malade de la cinquième observation de Martin, de Lyon, après une chute faite de sa hauteur, fut prise *tout à coup* de rétention d'urine.

37. Le malade de la première observation de Martin, de Tonneins, fit un effort violent pour mettre une corbeille de linge sur sa tête.

38. Mme Mora (obs. de M. Garin) avait un peu de constipation et de dysurie depuis deux jours lorsque, après une fatigue, elle fut prise de coliques, d'efforts d'expulsion, etc.

39. Les déplacements de l'utérus gravide chez la femme Mineau, étaient attribués aux efforts journaliers, pour soulever sa vieille mère malade.

40. La malade de Richter fit une chute sur le rectum, en descendant par une échelle, et sentit un déplacement s'opérer *immédiatement* dans son bas-ventre.

41. Dans l'observation de Chappelain, les phénomènes sont attribués à une émotion morale *vive*.

42. La malade de MM. Pajot et Tarnier fit un effort pour soulever un fardeau, et ressentit dès lors des douleurs et de la dysurie.

43. Hannah Martin (obs. de Baynham) en soulevant un fardeau très-pesant, éprouva *tout à coup*, une vive douleur dans le bas-ventre ; deux jours après, rétention d'urine, etc

44. La malade de Delaharpe fit un effort musculaire violent en soulevant un fardeau et réssentit *aussitôt* une violente douleur.

45. La première malade de France, éprouva une violente compression sur le ventre par l'essieu d'une voiture.

46. La malade de Mayor fut prise dans la journée du 7 novembre 1836, de *douleurs aiguës* ; elles ne l'empêchèrent pas de se livrer aux *pénibles travaux* de la campagne, mais le soir...

47. La malade de Wall et Hunter eut une frayeur et une syncope ; *à la suite*, grande difficulté pour uriner et aller à la selle qui augmenta les jours suivants.

48. La malade de Lynn fit un faux pas et sentit quelque chose se déranger dans son ventre ; elle fut attaquée *sur le champ* de constipation, rétention d'urine, etc.

49. La femme vue par Hunter eut une rétroversion en glanant du blé.

50. La malade d'Estor tomba, et le fardeau qu'elle portait fut précipité sur son abdomen ; dès ce moment, douleurs, etc.

51. Mme M... (obs. de Macléod) *peu après* avoir soulevé un lourd fardeau, fut prise de douleur aiguë et de rétention d'urine.

52. La seconde malade de France, *après quelques fatigues*, fut réveillée pendant la nuit par une pressante envie d'uriner qu'elle ne put satisfaire.

53. La malade de Courtois, ressentit *en lavant*, une douleur vive dans l'abdomen.

54. La bourgeoise de Schmidt, après une promenade un peu longue, fut prise de fortes douleurs.

55. La malade de Reynick, fit un faux pas en portant un fardeau assez considérable sur le dos, et n'évita de tomber qu'en faisant un grand effort. Rentrée à son logis...

56. La première malade de Gougis, éprouvait depuis quelque temps des douleurs, de la dysurie, lorsque le 14 mars 1813, ayant sur le dos un sac très-pesant, elle fit une chute ; *au même moment*, douleur vive à l'hypogastre, avec sentiment de déchirement dans les lombes.

57. La femme Lachaize (5e obs. de M. Depaul) éprouva le 1er mars, de la dysurie, mais deux jours après, ayant fait une course un peu longue, elle ne rendit presque plus les urines.

58. L'influence des causes accidentelles est bien démontrée dans la seconde observation de M. Vignard : la malade avait déjà souffert de divers malaises, qui avaient été promptement calmés ; mais après un travail pénible, accompagné de secousses violentes et brusques (broyage de lin), les symptômes

devinrent des plus alarmants. Il y avait bien certainement un déplacement dès l'abord, qui aurait presque passé inaperçu, si une cause accidentelle n'était venue l'augmenter et congestionner l'organe : la rétroversion, ou l'enclavement si l'on veut, a bien dans cette observation un aspect aigu.

Dans l'un des cas rapportés par M. le professeur Martin (de Berlin), il survint deux fois une rétroflexion après de violents efforts. Il n'est pas parlé de l'étiologie des autres cas. (Revue de Hayem, t. VII, 1er fasc., 1876).

Je citerai aussi les faits indiqués par Burns : dans le cas de Bird, l'accident arriva à la femme en se baissant pour laver du linge ; dans le cas de Hooper, la femme eut peur d'un taureau, et, en cherchant à s'échapper, elle tomba, après quoi les symptômes parurent ; la malade d'Evan en attribuait la cause à un effort pour lever un fardeau ; la malade de Swan, à une chute ; celle de Merriman se plaignit après avoir été effrayée tout à coup ; et celle de Wilmer éprouva une rétroversion, après s'être fatiguée à arracher de l'herbe.

2°. — *Forme lente.*

1. Mme J... (7e obs. de M. Hubert), atteinte de rétroversion depuis ses dernières couches, ne cessa de souffrir dans les premiers mois d'une nouvelle grossesse ; il y avait tumeur de la partie postéro-inférieure de la matrice.

2. Mlle C. A... (300e obs. de M. Mattéi) était à deux mois et demi de grossesse, quand elle consulta M. Mattéi pour différents troubles, surtout gastriques ; l'utérus fut trouvé en rétroversion.

3. Baudelocque signale une rétroversion qui se fit lentement, et ne fut complète qu'après trois ou quatre semaines.

4. La seconde malade d'Amussat avait une rétroversion à l'état de vacuité ; les troubles s'accrurent au commencement de la gestation, et à trois mois, forcèrent la femme à aller revoir le chirurgien.

5. Chez la seconde malade de Gougis, les symptômes, difficulté dans la miction et les garde-robes, douleurs aux lombes, pesanteur au périnée, etc., se montrèrent dès le commencement de la gestation et augmentèrent *graduellement* d'intensité.

6. La rétroversion fut sûrement lente chez la malade de Blundell, dont l'utérus était fixé en arrière par des adhérences inextensibles et des débris de kyste ovarique.

7. La malade de Billi était sujette à la constipation ; les troubles urinaires, les douleurs, etc., se montrèrent vers trois et quatre mois et s'*accrurent insensiblement.*

8. Cl. Bourget (seconde malade de Viricel) était au cinquième mois et éprouvait depuis le second des douleurs, etc., qui avaient *augmenté peu à peu.*

9. Les symptômes parurent également insensiblement chez Mme C... (obs. de Puzin).

10. On ne peut douter que le déplacement ait été à forme lente et peut-être même ait préexisté à la conception chez la malade de M. Stoltz.

11. Les femmes observées par M. Phillips eurent probablement aussi des accidents qui se montrèrent et s'accrurent peu à peu pour aboutir à une quantité de fausses-couches : ils débutèrent cependant d'une manière subite, franche, chez la malade de M. Barnes, qui avait eu huit avortements auparavant (pas de détails donnés).

12. La rétroversion se fit probablement lentement chez la malade de M. Villeneuve, car la constipation semble avoir produit le déplacement; ou ce dernier était antérieur à la conception, ce qui est peu probable, car alors la réduction spontanée n'eut été ni si facile ni si rapide.

13. Les symptômes furent aussi graduels chez la femme Joskin (6e obs. de M. Hubert).

14. La forme est lente dans la récidive de Mme J... (obs. 10e de M. Hubert); tandis que la première fois, la forme avait été subite ; la rétroversion était probablement revenue à l'état de vacuité.

15. La forme paraît avoir été lente dans les deux premiers déplacements survenus à Mme Van... (11e obs. de M. Hubert); elle avait le bassin large ; mais le troisième déplacement ou enclavement se manifesta à la suite d'un effort.

16. La femme Huet (7e obs. de Martin, de Lyon) avait une descente de matrice, mais avait traversé trois grossesses sans accident. De nouveau enceinte, elle éprouva à deux mois et demi des difficultés pour uriner et aller à la selle : *les efforts* auxquels elle se livrait pour remplir ces fonctions augmentaient les obstacles. Doit-on rapporter la rétroversion à ces efforts, ou existait-elle auparavant ?

17. La malade de Gérard éprouva des douleurs, etc., qui s'aggravèrent pendant vingt jours.

18. Mme M... (2e obs. de Godefroy) éprouvait depuis quinze jours des pesanteurs dans le bassin, de la dysurie, lorsque le 8 février 1843, s'occupant dans son ménage, elle fut prise d'un besoin continuel d'uriner avec impossibilité de le satisfaire. Même observation que pour le n° 16.

19. Chez Mme P. N., (3e obs. de M. Hubert), l'excavation était large, la rétroversion a pu se produire lentement; cependant dans les grossesses suivantes, quoiqu'il y eût menace de déplacement, il ne se produisit point; tandis qu'une fois, post partum, et une autre fois, pendant une métrite exfoliative, il eut lieu après des efforts.

20. La femme Crahay (obs. de M. Wasseige) avait eu quatre semaines auparavant une descente de l'utérus, provoquée par des efforts de défécation et d'émission d'urine, venant probablement eux-mêmes d'un premier degré de déplacement.

21. La récidive de Mme S... (1re obs. d'Amussat) se fit vraisemblement d'une

manière lente; *la matrice n'était pas cependant en rétroversion à l'état de vacuité.*

22. La malade de Wtlczek éprouva différents maux qui augmentèrent progressivement.

23, 24, 25, 26. Les cas de Bellanger, Bamberger, Puzin et Guichard se rapprochent du précédent; mais dans aucun de ces cas, pas plus que dans le n° 22, on ne peut dire que le déplacement préexistait à la conception.

27. Dans l'observation de Moldenhaner, les symptômes s'accrurent aussi peu à peu, et aucun accident n'est relaté.

28, 29. La première et la troisième observation de M. Vignard représentent également des rétroversions lentes.

30. J'ai montré déjà précédemment que le cas de M. Bernutz n'était pas aussi certain, quant à la forme lente, que cet habile écrivain se plaît à le croire.

3°. — *Forme mixte et cas douteux.*

1. Mme W... (obs. de Morris), *après de grandes fatigues,* fut prise de constipation et de rétention d'urine; on la sonda pendant trois semaines; mais le 29 novembre 1854, en se réveillant, elle éprouva des douleurs, avec impossibilité d'uriner et d'aller à la selle. Je crois devoir rapporter cette rétroversion à la forme accidentelle suivie d'une période lente.

2. La femme Noths (1re obs. de M. Chantreuil) fit une chute à six semaines de grossesse, dès lors dysurie, constipation; deux mois après, indigestion avec efforts de vomissements et aggravation de tous les symptômes. Forme mixte. Mais je crois que la rétroversion véritable doit être rapportée au second accident, le premier n'ayant agi que comme cause prédisposante, soit en abaissant la matrice et tiraillant les ligaments, soit en provoquant un premier degré de rétroversion.

3. La malade de Rolland éprouvait déjà quelque difficulté d'uriner, lorsqu'un jour, à son réveil, elle eut des coliques, de la rétention d'urine, etc. Cause probable : efforts pour vider la vessie.

4. Mêmes débuts chez Mme G..., (4e obs. de Godefroy).

5. La femme Cornut (obs. de M. Gallard) ressentit *subitement* des douleurs, de la difficulté d'uriner, etc. Cause non indiquée, maladie utérine antérieure probable.

6. La femme B... (obs. de M. Barth) souleva un seau plein d'eau et ressentit une *douleur aiguë;* ce ne fut cependant que huit jours après, que les selles et les urines furent supprimées.

7. Mme J... (obs. de M. Palante) après quelques dérangements du côté du ventre, fut prise *tout à coup*, de rétention d'urine.

8. M. Depaul pense que la femme Thomas a eu une rétroversion lente, puisqu'il n'y a eu ni coup, ni chute, ni effort; je ferai cependant remarquer

que cette malade n'éprouvait que quelques symptômes peu importants, lorsque, ayant pris un purgatif, la miction devint difficile, sinon impossible. On pourrait admettre que les coliques et les efforts qui ont dû en résulter pour aller à la selle, ont été la cause déterminante du déplacement. Dans cette hypothèse, les premiers signes ont été prémonitoires, comme je les appellerai plus loin, et peuvent dépendre d'un simple abaissement, ou d'un premier degré d'inclinaison en arrière.

9. Mme P. N... (5e obs. de M. Hubert) *après quelques courses dans sa famille*, éprouva de la dysurie, etc. Son mari était jeune, vigoureux, fortement membré ; M. Hubert croit que les rapports conjugaux ont pu produire le déplacement ; mais cela me semble douteux.

10. Mme E. G... (8e obs. de M. Hubert) avait la matrice en antéversion et très-mobile ; elle ballottait dans l'excavation et tombait facilement en arrière.

11. Mme E. S... (malade de Bartlett) fut prise le 8 août de fréquentes envies d'uriner et d'aller à la selle; après cinq ou six heures de souffrances, et tandis qu'elle marchait dans sa chambre, il lui sembla *tout à coup* qu'elle avait perdu son ventre. Forme subite probable.

12. Mme Pétrequin (5e obs. de Martin, de Lyon,) éprouvait : douleurs, poids au rectum, métrorrhagie; le toucher fit constater qu'à ce moment le corps utérin était dirigé *un peu en arrière* et *le col un peu en avant*. Mais, après deux jours de travail fatigant, les symptômes s'aggravèrent et dans la nuit, *au milieu d'efforts pour aller à la selle*, la femme éprouva un sentiment de craquement et comme de rupture. La nature a été ici prise sur le fait, grâce aux examens répétés avant et après ; l'on s'explique bien ainsi les termes de *symptômes prémonitoires* que j'ai adoptés, et que M. Bernutz veut toujours rapporter à un commencement d'enclavement.

13. La femme Bertrand (2e obs. de M. Chantreuil) éprouvait à trois mois de grossesse quelque difficulté pour uriner; elle prit un bain, fit une course de deux heures, et dès lors les symptômes s'accentuèrent. Ce cas ressemble au précédent.

14. La femme Leclercq (obs. de M. Curie) eut à supporter de grandes fatigues, et dut quitter sa place à cause de varices (abaissement de l'utérus probable); une quinzaine de jours après, elle ressentit une vive douleur dans le ventre avec sensation de déplacement. Même cas.

15. La femme Courtot éprouva sans cause connue, dans la nuit du 4 ou 5 mars, une impossibilité subite et complète d'uriner, qui disparut le lendemain ; mais quinze jours après, cette femme soulève avec effort un fardeau pesant, et la nuit suivante elle ne peut plus uriner; l'état s'aggrave, etc, etc.

La forme est subite et le déplacement s'est opéré après l'effort; une descente ou toute autre cause a pu produire les premiers symptômes.

16. Mme J. M. L... (1re obs. de M. Godefroy), enceinte de trois mois, tomba d'une hauteur de dix pieds; immédiatement après, douleurs, difficulté pour

uriner ; diarrhée persistante ; six semaines après, la malade fit des efforts pour soulever une lourde pierre ; alors tous les symptômes s'aggravèrent considérablement. L'excavation ici était large et la réduction fut facile malgré l'époque avancée de la grossesse ; on peut croire que la rétroversion s'est produite à trois mois et tendait à se réduire, lorsqu'une cause nouvelle est venue l'augmenter. Forme subite évidente.

17. La malade de Jourel était à six semaines de grossesse, quand elle fut balancée et secouée ; différents symptômes de déplacement se manifestèrent et s'accrurent insensiblement.

En admettant que l'on ait eu affaire à une rétroversion d'un utérus gravide, le début brusque des accidents est bien marqué.

18. La femme Holling (obs. de M. Craninx) était aussi enceinte de six semaines, quand elle éprouva de la gêne pour uriner et pour aller à la selle ; quelques jours après, pendant qu'elle vaquait à ses occupations, il lui survint *tout à coup* une douleur hypogastrique, puis différents symptômes qui furent portés en quatre semaines à un très-haut degré. La forme subite semble probable.

Je ne cite pas un certain nombre d'observations, comme celles de M. Hamon, de M. Davreux, de M. Ronvaux, etc., parce que, dans ces cas, le manque de détails empêche complètement de les rattacher à l'une ou à l'autre forme.

En résumé : Dans la majorité des observations, la rétroversion s'est produite *subitement* et souvent d'une manière très-nette pendant un effort, ou bien l'utérus, déjà déplacé plus ou moins, s'est trouvé *rapidement* jeté dans des conditions nouvelles (augmentation de la rétroversion, engorgement, etc.) qui produisaient un enclavement plus ou moins prompt ; dans un certain nombre d'observations, les symptômes se sont produits insensiblement, la forme a été lente, l'enclavement s'est manifesté progressivement ; enfin, dans quelques observations, on ne peut pas bien décider si les débuts ont été plus ou moins rapides, soit que les renseignements manquent, soit que l'étiologie semble participer à la fois aux deux formes ; dans cette dernière catégorie, les probabilités sont le plus souvent en faveur de la forme accidentelle.

Je ne pense pas qu'on doive admettre la forme mixte de M. Cailletet ; elle ne répond à aucune idée théorique, et on peut facilement s'en passer pour rendre compte des observations.

Il existe probablement beaucoup d'utérus rétroversés qui se redressent par les premières modifications de la grossesse, ou plus tard, par le développement graduel de l'organe ; il n'y a aucun enclavement et cette anomalie ne se révèle par aucun symptôme morbide de quelque valeur. Les observations que nous relatons ne peuvent guère se rapporter à ces rétroversions latentes, et les opinions émises dans *le résumé* ne se rapportent qu'aux cas, *les plus importants*, où des accidents ont nécessité les secours de l'art ; or, l'influence des causes accidentelles dans ces cas est nettement démontrée par les relevés qui précèdent.

CHAPITRE QUATRIÈME.

Anatomie pathologique.

Je rappellerai d'abord, par une figure, la situation de l'utérus à l'état de vacuité, que j'ai décrite au commencement de ce travail.

Fig. 3. — Utérus à l'état normal.

Dans les premiers temps de la grossesse, l'utérus se redresse et s'abaisse légèrement, le fond se trouve donc en dessous du promontoire ainsi que le montre la figure suivante :

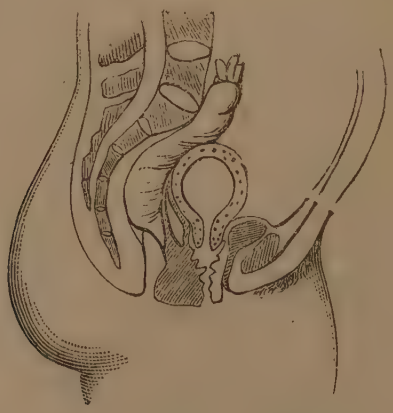


Fig. 4. — Grossesse de 8 semaines à 2 mois.

Mais bientôt l'organe, continuant à se développer, dépasse la ceinture pelvienne et s'élève progressivement dans l'abdomen ; le col remonte un peu et regarde de nouveau en bas et en arrière, comme l'indiquent les figures ci-après :

Fig. 5. — Grossesse de 3 1/2 mois.

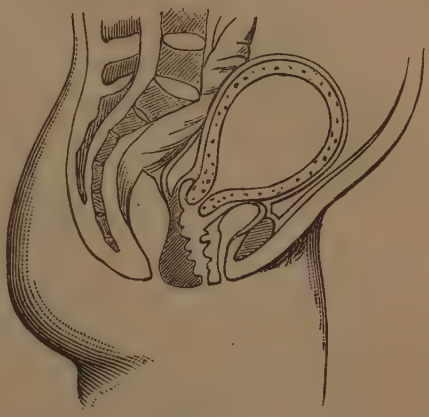


Fig. 6. — Grossesse de 4 1/2 mois.

Après le 3e mois, au moment où le viscère dépasse la ceinture pelvienne, son segment postéro-supérieur s'appuie assez souvent, chez les multipares, sur l'éminence sacrée, pendant que le museau de tanche est légèrement reporté en avant vers la symphyse pubienne.

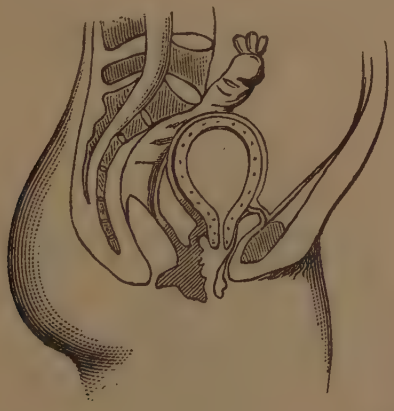


Fig. 7. — Inclinaison fréquente au 3e mois.

Quelques auteurs (Salmon, Martin, Hunter, etc.) considèrent cette inclinaison comme le 1er degré de la rétroversion ; d'autres l'appellent rétroversion partielle ou incomplète (Jahn, Ramsbotham, etc.) ; mais à l'exemple de Boivin et Dugès, d'Elleaume, de Churchill, etc., je crois préférable

d'admettre seulement comme 1er degré les cas où le fond a passé sous l'angle sacro-vertébral et est déjà contenu dans la courbure sacrée ; sans cela, le 1er degré de la rétroversion serait presque normal chez les multipares ; du reste, cette légère inclinaison en arrière n'entraîne le plus souvent que des troubles insignifiants, passagers, et ne tarde pas à disparaître par le développement de l'utérus, à moins que quelque cause occasionnelle ne vienne culbuter le fond du viscère et le faire passer sous l'éminence sacrée. D'autres fois, il y a descente, et nous avons vu que Parent considère ce déplacement comme la cause première de plusieurs cas de rétroversion rapportés par lui.

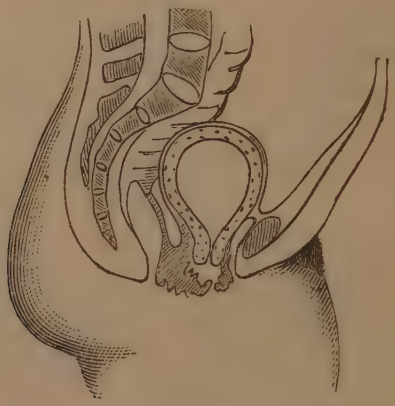


Fig. 8. — Descente dans les premiers mois,

Anatomiquement, on peut compter trois degrés dans les rétroversions de l'utérus gravide. Dans le 1er, le fond, immédiatement au-dessous du

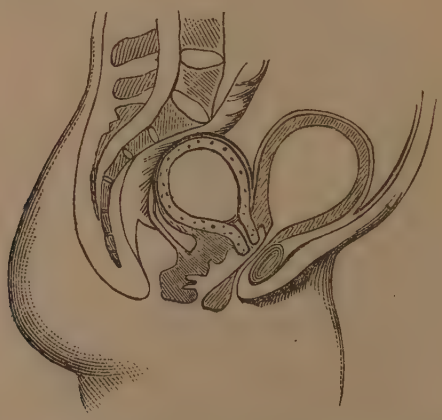


Fig. 9. — Rétroversion au 1er degré (3e mois).

promontoire et appuyé contre la 1re et la 2e pièce du sacrum, est encore plus élevé que le col, qui se trouve vers le milieu de la symphyse pubienne.

Dans le 2e degré, le grand axe utérin est horizontal, sa paroi antérieure est tout à fait supérieure et la paroi postérieure est devenue inférieure.

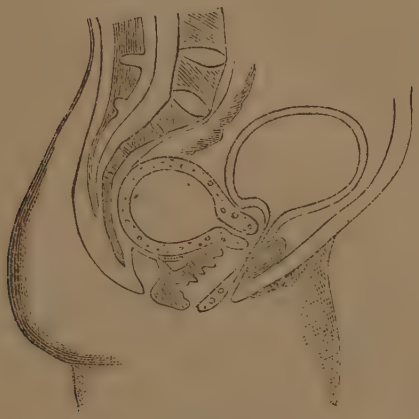


Fig. 10. — Rétroversion au 2e degré.

Dans le 3e degré, le grand axe de la matrice est de nouveau parallèle à celui du détroit supérieur, ou à peu près; le fond est plus bas que le col et appuyé contre le périnée, qu'il fait bomber, ou même hors de la vulve. tandis que le museau de tanche est dirigé en haut et placé au-dessus des pubis. Dans ce cas, la paroi utérine postérieure est devenue antérieure, et l'antérieure s'est changée en postérieure.

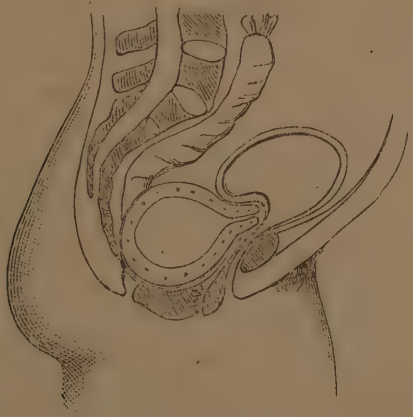


Fig. 11. — Rétroversion au 3e degré.

Souvent un degré succède à l'autre par de nouveaux efforts ou par le fait même des symptômes produits par le déplacement; mais l'enclavement

peut exister à tous les moments : c'est ainsi qu'on a pu voir dans les observations XIII et LIII que le fond utérin était situé immédiatement au-dessous du promontoire contre la 1re et la 2me pièce du sacrum. D'ordinaire cependant, dans les cas aussi sérieux, la compression se fait beaucoup plus bas.

M. Depaul appelle le 1er degré rétroversion partielle et réserve aux deux autres le nom de rétroversion complète; mais, ainsi que je viens de le montrer, les symptômes graves peuvent être produits même quand l'organe n'est pas profondément descendu dans la courbure sacrée; de sorte que cette distinction ne me paraît pas applicable à tous les faits cliniques.

Le col suit souvent le mouvement de bascule de l'organe et remonte en avant vers les pubis contre lesquels il comprime l'urèthre sur la ligne médiane ou le bas-fond de la vessie; quelquefois il est dévié à droite ou à gauche (latéro-rétroversion) et le fond est porté aussi du côté opposé. Le col peut remonter excessivement haut; dans l'observation de Billi il était senti à cinq travers de doigt au-dessus des pubis. Il peut être fléchi sur le corps (fig. 12) et c'est une simple modification, car les symptômes sont sensiblement les mêmes.

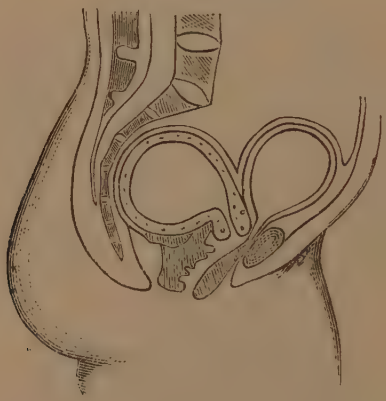


Fig. 12. — Rétroflexion au 3e mois.

Ellaume explique cette inflexion de la manière suivante : « Dans la 1re période de la grossesse, la matrice est un peu ramollie à l'union du corps avec le col; s'il se fait une rétroversion et si l'axe utérin est plus long que l'axe antéro-postérieur de l'excavation, le col viendra arc-bouter sous la branche des pubis, se recourbera en bas, et il y aura rétroflexion. »

Telle était aussi l'opinion de Velpeau, et c'est évidemment une explication acceptable.

Cependant si le col n'est pas pressé contre la symphyse, je pense qu'il faut admettre alors que la paroi antérieure du vagin très-tendue peut agir

aussi bien que les pubis ; à moins qu'on ne prétende que la rétroflexion existait auparavant, ce qui est vrai pour un certain nombre de cas.

Quand il y a rétroflexion, le col peut encore être assez élevé ; mais quelquefois il descend et paraît à la vulve ; Martin, jeune (de Lyon) avait observé un cas semblable et croyait signaler un nouveau genre de rétroversion, dans lequel le col utérin recourbé en forme de bec d'aiguière, se place en dessous et un peu au devant des pubis. D'autres fois, il est aussi élevé que dans le 3e degré de la rétroversion et bien au-dessus des pubis.

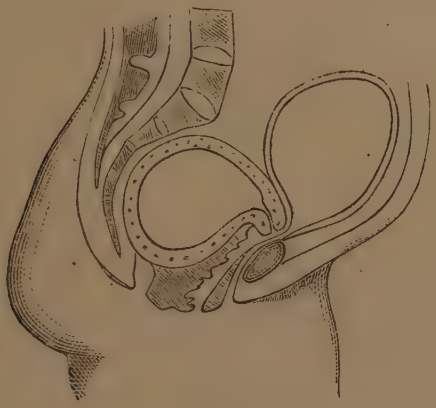


Fig. 13. — Rétroflexion avec col très-élevé.

La rétroflexion peut aussi être double, tout l'organe a la forme d'un fer à cheval et l'angle rentrant a une certaine étendue. Tel était le cas de M. Chapplain, que nous rapporterons plus loin : il en résultait, dit-il, une espèce de voûte dont le cintre était très-allongé (?) et les piliers courts et de longueur inégale.

D'autres cas, plus curieux et plus importants et qui n'ont pas encore été décrits, sont ceux où le fond de l'utérus se trouve assez bas dans l'excavation, tandis que par la palpation hypogastrique on trouve encore une tumeur produite par le développement insolite du segment antéro-inférieur du viscère ; on comprendra facilement ce fait par la figure 14.

Je reviendrai plus loin sur ces cas intéressants, qui prêtent singulièrement à l'erreur et ont rendu le diagnostic fort difficile parce qu'on n'avait pas attiré sur eux l'attention des accoucheurs.

Je dirai seulement ici que cette partie de l'utérus peut continuer à croître : alors, ou bien la partie pelvienne est peu à peu attirée en haut et finit par se dégager complètement ; la grossesse est dès lors normale ; ou bien, selon certains auteurs que nous avons cités dans notre introduction, la partie pelvienne peut ne subir guère de changement et on trouve à terme

la disposition représentée par la figure 2 (page 9). Mais il est prudent de ne pas trop compter sur ce résultat et il faut intervenir s'il y a des symptômes d'enclavement.

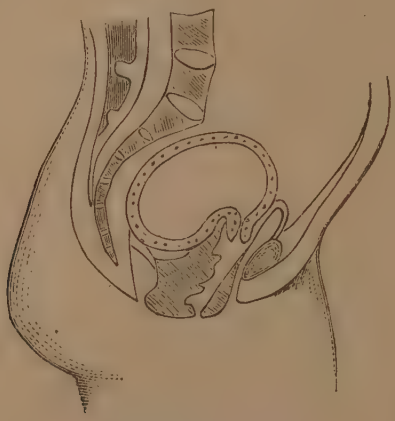


Fig. 14. — Rétroflexion avec tumeur *utérine* hypogastrique.

Dans la figure suivante on peut voir plus avancée l'évolution de réduction spontanée, commencée dans la figure précédente : la portion pelvienne est diminuée et descend moins bas, tandis que la partie abdominale est plus libre, plus volumineuse et plus élevée.

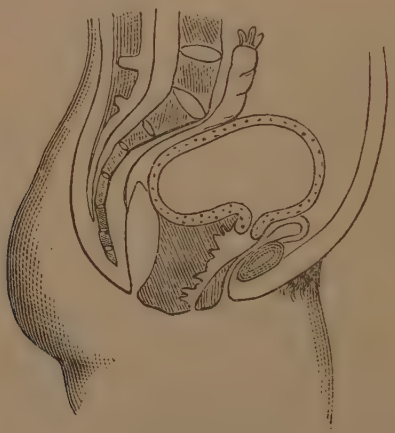


Fig. 15. — État plus avancé de la figure précédente.

L'utérus rétroversé et ayant un certain volume, doit comprimer plus ou moins fortement les organes contenus dans le petit bassin. Le rectum est aplati et pressé contre la paroi postérieure de l'excavation; quelquefois le périnée est saillant, l'anus est entre-ouvert, l'intestin prolabé, surtout

pendant les douleurs, comme quand la tête fœtale presse sur le plancher du bassin.

La paroi postérieure du vagin est repoussée en avant et en bas; elle se trouve relâchée, déprimée; cette paroi ramollie, diminuée de longueur, plissée de plus en plus, se réduit quelquefois à un bourrelet muqueux plus ou moins volumineux, surtout quand le fond utérin vient s'appliquer sur la vulve et oblitérer en quelque sorte le vagin. Dans l'observation XLII, on voyait à travers la vulve des plaques gangréneuses superficielles de la muqueuse.

La direction du vagin change; d'oblique de bas en haut et d'avant en arrière (fig. 3), elle devient verticale ou même oblique d'arrière en avant (fig. 15). La paroi vaginale antérieure, tirée en haut et en avant par le col utérin, s'allonge; on la trouve lisse et tendue. L'élasticité des parois vaginales est, du reste, bien connue, et l'on comprend sans difficulté que la paroi antérieure puisse se distendre à un haut degré sans se rompre et permettre au col d'arriver à la hauteur relatée dans différentes observations.

Le canal de l'urèthre est évidemment tiraillé, tendu, dévié, quelquefois coudé; il prend une direction verticale ou oblique de bas en haut et d'arrière en avant. Le méat urinaire est de même tiraillé; il n'est pas toujours facile à trouver, caché qu'il est souvent derrière l'arcade pubienne ou plus haut contre la face interne de la symphyse.

Le col de la vessie peut être comprimé par le museau de tanche qui l'applique fortement contre le pubis; mais la miction peut tout aussi bien être rendue difficile ou impossible, quand le col est dévié de côté, quand il est au-dessus du pubis ou recourbé en antéflexion, à cause de la tension de l'urèthre, du gonflement inflammatoire de la muqueuse ou de sa compression par le segment inférieur de l'utérus.

La vessie, distendue par l'urine, prend des proportions plus ou moins considérables; elle peut remonter jusqu'à l'ombilic et même beaucoup plus haut (fig. 13).

D'après Lacroix, les parois de la vessie s'amincissent lorsque la distension s'opère rapidement; dans le cas contraire, elles prennent une épaisseur proportionnelle au volume du réservoir. Pour bien comprendre cette dernière proposition, il est utile de remarquer que la rétention d'urine n'est pas souvent complète au début; le liquide est encore expulsé en partie, soit dans certaines positions, soit à la suite d'efforts énergiques; il s'accumule peu à peu, et les parois qui réagissent constamment contre le liquide irritant qu'elles contiennent, doivent s'hypertrophier (obs. XII.).

L'urine reflue vers les uretères, le bassinet et les calices; ces canaux se

dilatent et leurs parois augmentent d'épaisseur, comme cela a été constaté dans les autopsies de Reid, de Barber, de Reynick, etc.

La vessie est quelquefois divisée en deux compartiments, un supérieur et l'autre inférieur, séparés par le col utérin; le compartiment inférieur a même été trouvé bilobé, comme dans la quatrième observation de Négrier; alors les deux lobes sont séparés par le canal de l'urèthre tendu. A l'autopsie, on ne rencontre pas toujours d'urine dans la vessie; mais comme ce réservoir a été distendu, il est large, flasque, recourbé sur l'utérus et notablement élevé au-dessus des pubis.

La quantité d'urine trouvée dans la vessie peut être considérable; elle était de trois pintes dans l'obs. de Wall et Hunter; de sept à huit litres dans une observation de Parent; de vingt litres dans celle de Reynick, etc.

Cette urine est le plus souvent colorée, répand une odeur ammoniacale; elle peut être plus altérée encore, brunâtre, fétide, purulente, chargée de mucosités, sanguinolente, contenir des lambeaux de muqueuse.

Les parois vésicales, ordinairement hypertrophiées, peuvent être amincies, n'avoir plus que l'épaisseur d'une feuille de papier (obs. de Bamberger); elles peuvent présenter tous les degrés de l'inflammation, depuis la simple rougeur inflammatoire jusqu'à la gangrène. La rupture de la vessie a été observée dans quelques cas, soit par distension extrême, soit par gangrène. Sur le cadavre, la muqueuse s'enlève alors par lambeaux et l'on aperçoit une ou plusieurs ouvertures gangréneuses; dans un des cas rapportés par M. le professeur Martin (de Berlin), une sage-femme maladroite avait perforé la vessie en pratiquant le cathétérisme et déterminé une péritonite mortelle.

Un cas exceptionnel est celui rapporté par Wittich, où il y eut sphacèle partiel de la vessie, c'est-à-dire que la muqueuse, avec la couche musculeuse interne, fut expulsée par l'urèthre sous forme d'un sac présentant exactement les dimensions, la forme et les caractères histologiques de la vessie; la femme guérit et le cours des urines fut rétabli, grâce, dit-on, à la conservation de la couche musculeuse externe du réservoir urinaire. Voici, du reste, *in extenso* cette très-intéressante observation.

Obs. LVIII. — *Rétroversion à quatre mois de grossesse; réduction facilitée par le seigle ergoté; sphacèle partiel de la vessie; récidive du déplacement, par le docteur* Wittich, *d'Eisenach* (1). — Ph. St..., 28 ans, accouchée deux fois heureusement, enceinte pour la troisième fois au printemps de 1844, fit un effort en soulevant un fardeau au commencement du mois d'août, ce qui lui occasionna une grande douleur avec sentiment de rupture dans le ventre. Aussitôt obligée de garder le lit, elle ne peut rendre l'urine que goutte à goutte et dans une position horizontale.

(1) *Gazette médicale de Paris*, 1849, p. 804.

Le 26 août, M. Wittich constata que la vessie distendue remontait jusqu'à l'ombilic ; la paroi postérieure du vagin était plissée et formait un bourrelet qui remplissait en grande partie le vagin; au-dessus du bourrelet, on arrivait à un corps arrondi, non élastique, lisse, immobile, remplissant le vagin ; c'était l'utérus, dont on ne retrouva ni le col, ni l'orifice. La malade avait des anxiétés, des douleurs dans la région de la vessie, une impossibilité de lâcher l'urine, de la toux, augmentant à chaque quinte de douleurs. En poussant le fond utérin en haut, on fit sortir une certaine quantité d'urine très-fétide, au grand soulagement de la malade.

Le 27, après de nouvelles et inutiles tentatives pour réduire l'utérus, on vida la vessie à l'aide de la sonde; l'urine était trouble, très-fétide, avec un sédiment muqueux, grisâtre, membraniforme, ressemblant à une portion de muqueuse.

Le 28, on fit placer la femme sur les genoux et les coudes, et au toucher on trouva l'orifice de l'utérus très-haut derrière la symphise pubienne; il était dirigé en bas, de forme ovale, un peu boursoufflé, et laissant pénétrer le bout de l'index, derrière l'orifice on reconnut un corps sphéroïde, remplissant tout le bassin, n'étant séparé du col que par un pli transversal profond.

Diagnostic : Rétroversion de l'utérus enclavé entre le pubis et le sacrum. La vessie comprimée, très-enflammée et menacée de gangrène, demandait de prompts secours. On parvint bien à soulever le fond de l'utérus, mais non à lui faire dépasser la saillie vertébrale (décubitus sur le côté et applications fréquentes du cathéter).

Le 3 septembre, pour provoquer des contractions, raccourcir l'utérus et faciliter ainsi la réduction, on prescrivit le seigle ergoté qui provoqua des contractions.

Le 5, pour faire la ponction des membranes, on introduisit une sonde qui glissa entre ces dernières et les parois utérines.

Le 6, on allait ponctionner l'utérus, lorsqu'on parvint, à l'aide de deux doigts introduits dans l'anus, à réduire la matrice probablement raccourcie. La vessie alors laissa échapper une grande quantité d'urine fétide et floconneuse; le même soir, on vit pendre hors de l'urèthre une membrane grise, résistante, dont on retrancha environ un pouce, qu'on reconnut pour être la membrane musculaire de la vessie. A 11 heures du soir, la femme fut prise de frissons suivis de fortes envies d'uriner, et rendit par l'urèthre, avec une forte explosion, une portion de membrane avec une grande quantité d'urine fétide. A minuit, nouveaux frissons, contractions utérines et expulsion d'un fœtus de quatre à cinq mois.

Le 7, état satisfaisant. La membrane expulsée par l'urèthre avait la forme d'un sac qui, rempli d'eau, présentait la dimension d'une vessie de femme; son épaisseur augmentait graduellement de haut en bas, c'est-à-dire qu'elle était plus considérable vers le col. Elle était composée d'une quantité innombrable de fibres musculaires plus ou moins épaisses, s'entre-croisant, les unes obliques, les autres circulaires, surtout celles-ci étaient nombreuses et rapprochées vers le col. Il y en avait aussi de longi-

tudinales, allant du fond vers le col appartenant au muscle detrusor vesicæ. Cette poche, comparée à une vessie saine, n'était composée que d'une couche de fibres musculaires, il est vrai plus épaisse qu'à l'état normal.

Du 7 au 12, douleurs lancinantes dans la région vésicale, tolérables, augmentant par la pression, surtout vers le côté droit. L'urine s'échappe par goutte et est mêlée de pus. Nuits assez bonnes.

Le 13, nouvelle rétroversion de l'utérus, empêchant l'écoulement de l'urine. On fait avec succès la réduction de l'organe et l'urine s'écoule librement, mais par goutte.

Du 15 au 23, les urines sont de moins en moins purulentes. Vers la fin de novembre, la vessie était à même de garder deux à trois onces de liquide; passé cette quantité, l'urine s'échappait en occasionnant de la brûlure. L'utérus est un peu abaissé, et, au dire de la malade, il se présente à la vulve dans les accès de toux.

L'année suivante, cette femme devint de nouveau enceinte et accoucha heureusement en février 1846.

Si la gangrène est superficielle et limitée, comme dans le cas de Hausmann (*Monat. für geburtsk*, t. XXXI, p. 132), si la muqueuse seule est atteinte, on comprend facilement que la guérison puisse encore avoir lieu; mais si la tunique musculeuse est également sphacelée, le plus souvent la mort ne tardera pas à s'ensuivre, comme dans l'observation suivante :

Obs. LIX. — *Détachement complet de la muqueuse vésicale dans une rétroflexion de l'utérus gravide; autopsie; par* Moldenhaner (1). — Femme de 33 ans, menstruée régulièrement, bien portante, ayant eu sept enfants et un avortement. Dernière menstruation au commencement de juin; depuis le commencement de septembre, douleurs dans l'excrétion urinaire qui, au bout de huit jours, amènent une rétention. Un médecin appelé évacue la vessie, reconnaît le déplacement et fait de fréquentes tentatives de réduction. Faute d'aboutir, il se borne à vider la vessie deux fois par jour et émet l'avis que, par le développement ultérieur de l'utérus, le déplacement se réduira de lui-même. Bientôt la malade maigrit, perd l'appétit et ne peut plus quitter le lit.

Après six semaines de souffrances, elle entre à l'hôpital de Leipzig. Le cathéter évacue 100 grammes d'urine floconneuse, trouble, fortement ammoniacale. Au toucher vaginal, le doigt constate une tumeur élastique, molle, qui remplit presque tout le petit bassin et descend jusqu'à l'entrée du vagin. Après beaucoup de peine, le doigt arrive à toucher derrière la symphyse pubienne une saillie courte, le col. On obtient la réduction par les doigts introduits dans le vagin, la femme étant placée sur les genoux et les coudes. A la suite, la malade se trouva mieux, mais l'état général ne changea guère. L'urine, expulsée involontairement les premiers jours, fut gardée un peu plus tard et chassée d'une façon normale. Six jours après la réduction, avortement, et, deux jours après, mort.

(1) *Archiv. für Gynäk*, t. VI, p. 108.

Autopsie. — Pas de trace de péritonite récente, mais adhérences anciennes entre l'épiploon et la vessie, entre ce dernier organe et les anses de l'intestin grêle.

L'utérus, du volume du poing, est en rétroflexion.

La lésion principale est celle de la vessie, dont la paroi antérieure est lésée, ce qui explique la quantité de liquide trouble trouvée dans le petit bassin en ouvrant l'abdomen.

En incisant largement la vessie, on constate, dans sa cavité, un sac jaune brunâtre, du volume de la tête d'un enfant, formé par la muqueuse détachée dans sa totalité et ayant, dans un endroit, intéressé la tunique musculeuse. Cette manière d'être explique le peu d'urine extrait à l'hôpital.

Ce sac était, dans son segment inférieur, complétement détaché; son épaisseur est de trois à quatre millimètres, sa surface interne est noire et tapissée de sels urinaires. Au microscope, on n'y trouve point d'épithélium, mais bien des cellules analogues à celles des fibres musculaires lisses.

Les uretères ne sont point trop dilatés; les reins sont très-injectés, surtout dans les pyramides; les bassinets sont dilatés. Les autres organes de l'abdomen sont parfaitement sains.

Dans le fait de Saxtroph, la vessie céda, comme dans le cas précédent, mais à sa face postérieure. Les observations de Lynn et de Hunter, rapportées précédemment, offrent aussi des exemples de rupture de la vessie; le docteur Squires en a également cité un cas (*Med. Review journ.* 1801).

Si la vessie est rompue, on trouve à l'autopsie l'urine épanchée dans la cavité péritonéale ou infiltrée dans le tissu cellulaire circonvoisin.

La vessie en s'élevant décolle la séreuse et s'applique directement contre les muscles droits et transverses, de sorte que l'on peut ponctionner la vessie sans crainte de percer le péritoine; sa paroi antérieure adhère quelquefois fortement à l'abdomen (Viricel, Bamberger); ses parois supérieures et postérieures peuvent être unies aux intestins (Reid), à l'épiploon (Craninx).

Disons enfin pour terminer ce qui est relatif à la vessie et à la rétention d'urine, que l'on peut découvrir des résultats de l'intoxication urémique et notamment de l'urée et de l'acide urique dans le sang comme dans l'observation de Bamberger. C. Braun (Barnes) rapporte un cas où il y avait urémie et maladie de Bright.

L'autopsie des femmes mortes à la suite de la rétroversion de l'utérus gravide ne révèle pas souvent des lésions excessivement graves de l'organe gestateur; c'est la vessie qui, dans ces cas mortels, est souvent le plus profondément altérée.

L'examen nécroscopique fait ordinairement découvrir la matrice dans une des situations décrites plus haut; elle est profondément enclavée dans

le petit bassin et recouverte par la vessie et les intestins. Elle peut être unie par des fausses membranes, suites de péritonites partielles, anciennes ou récentes, avec différents organes circonvoisins, rectum, côlon, vessie. Le fond peut faire issue hors de la vulve, comme dans le cas de Schatz, où l'on ponctionna la vessie par l'hypogastre et l'utérus par le vagin, double opération suivie de guérison. (Schatz, *Geburtshulfliche Gesellschalft*, janv. 1870.)

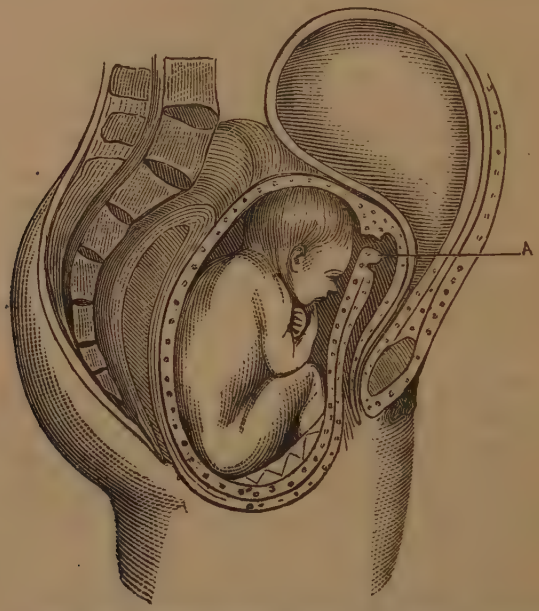


Fig. 16. — Expulsion du fœtus par la tête à 5 mois. Redressement mécanique de la matrice après l'accouchement. (Extrait du *Dict. de méd. et de chir. pratiques*, t. XVII, 1873.) — *A*, col utérin.

Les parois utérines sont ordinairement tuméfiées, engorgées, rougeâtres, enflammées; on comprend que pendant la vie l'engorgement des parois est une cause nouvelle d'incarcération, et qu'il faut chercher à la faire disparaître pour faciliter la réduction.

On ne trouve pas toujours à l'autopsie l'utérus en rétroversion, car dans certains cas la mort a eu lieu après la réduction par suite de péritonite, de cystite, d'entérite, d'urémie, etc.

Quelquefois l'utérus est tellement enclavé dans le petit bassin qu'on ne peut parvenir à le remettre en place avant d'avoir agrandi les diamètres du détroit par la section pubienne : un cas semblable a été vu par Wall et Hunter, un autre par Wilmer (cité par Burns); Saxtroph et Moreau disent qu'ils en ont également constaté.

On a trouvé quelquefois les parois utérines perforées. Dans une obser-

vation rapportée par Baynham, on avait fait fausse route en sondant; le cathéter avait traversé l'urèthre et le vagin et était entré dans l'orifice de l'utérus en passant entre les parois de la matrice et les membranes sans les rompre.

Si des adhérences se forment entre le rectum et le fond de l'utérus, une communication peut s'établir, et le fœtus morcelé, putréfié, peut être expulsé par l'anus ou le vagin, comme dans les grossesses extra-utérines. Des cas semblables ont été rapportés par Merriman; Guichard, plus récemment, en a aussi publié un exemple. Mais l'autopsie seule pourrait donner à ces faits une certitude absolue, parce qu'on peut supposer qu'ils se rapportent à des grossesses extra-utérines (voir plus loin art. Diagnostic). Voici, du reste, l'observation de M. Guichard, qui est intéressante malgré le doute qui peut planer sur le diagnostic.

Obs. LX. — *Rétroversion irréductible d'un utérus gravide; mort du produit de la conception; élimination spontanée d'une partie de ses débris par le rectum; guérison; par* M. Guichard, *de Troye* (1). — Une dame, dont la grossesse remontait à deux mois, fut affectée d'une rétroversion utérine. Douleurs vives, rétention des fèces et de l'urine. On essaie de réduire l'organe. La malade est placée au bord de son lit, sur les genoux, le siége élevé et soutenu par des aides. Un doigt de la main gauche atteint le col de l'utérus, au-dessus de la branche horizontale du pubis; deux doigts de la main droite, introduits avec précaution dans le rectum, vont soulever le fond de l'utérus. Des efforts combinés pour réduire sont faits en vain, même en employant la violence. Ces tentatives sont suivies, dans la soirée, de vomissements et de douleurs excessives : facies grippé, pouls petit, défaillant. Un traitement convenable enraya ces symptômes, mais l'utérus resta rétroversé. Un mois plus tard, vers la fin d'avril, il se déclara quelques douleurs suivies de l'évacuation d'un liquide semblable à celui de l'amnios; puis tout travail s'arrêta.

Vers la fin de juin, la pression sur l'anus avait diminué; l'abdomen paraissait moins développé; évidemment la matrice avait cessé de s'accroître.

En août et septembre survient une diarrhée presque incoercible, qui se prolonge six semaines, puis elle cesse et est remplacée par un flux utérin, très-fétide, ichoreux, qui dure huit jours. Après ces accidents, la malade put se remettre assez bien pour vaquer à ses occupations. En décembre, après un effort fait en levant le bras au-dessus de sa tête, la malade éprouva aussitôt une pesanteur anale et un ténesme pressant, rendit du pus et un petit os; au milieu de boutons hémorrhoïdaux à la marge de l'anus, M. Guichard trouva la moitié d'un coronal de fœtus de trois et demi à quatre mois et parvint à l'extraire; en touchant par l'anus, le doigt arriva à une ouverture placée à la partie antérieure de l'intestin et

(1) *Gazette médicale de Paris*, 1836, p. 20.

qui la faisait communiquer avec une cavité, où l'on sentait la crépitation de petits os au milieu d'un magma de détritus; du pus sortit encore, avec un coronal, une moitié de mâchoire inférieure et un humérus. Deux ans et demi après, la femme avait repris ses travaux, et éprouvait seulement quelques douleurs à l'époque des règles, mais elle était restée stérile.

Dans notre obs. LVI, l'utérus adhérait aux parois abdominales, à la fosse iliaque et à l'arc transverse du côlon; au centre de cette dernière adhérence existait une rupture de l'intestin du diamètre d'une plume d'oie.

Si le fœtus est encore dans la matrice, il peut être en décomposition; le col peut être fermé, effacé, entr'ouvert; les membranes, une portion du placenta ou du fœtus peuvent y être engagées; ses lèvres peuvent être engorgées; dans l'obs. XLII, la lèvre postérieure se présentait à la vulve sous forme de bourrelet médian volumineux, tandis que deux autres bourrelets, formés par les grandes lèvres infiltrées, occupaient les parties latérales.

Les ligaments, les trompes, les ovaires sont entraînés par la matrice et, à l'autopsie, ils sont quelquefois comme cachés.

Les parois vaginales peuvent être engorgées, enflammées, déchirées, gangrenées; dans notre obs. XXI, la matrice et les ovaires faisaient hernie hors de la vulve à travers une déchirure de la paroi postérieure du vagin. Des délabrements aussi considérables existaient dans le cas suivant :

Obs. LXI. — *Rétroversion aiguë, rupture du vagin, autopsie, par* Mayor, *de Lausanne.* — S. G..., paysanne, 32 ans, mère de trois enfants, enceinte de trois mois et demi, fut prise, dans la journée du 7 novembre 1836, de douleurs vagues; elles ne l'empêchèrent pas de se livrer aux pénibles travaux de la campagne, mais cependant l'inquiétèrent assez pour lui faire dire qu'elle pourrait bien être morte le lendemain.

Elle se coucha vers 8 heures du soir et fut prise de douleurs violentes qui firent croire à une fausse couche imminente; à dix heures et demie, le mari aperçut une grosseur qui sortait des parties génitales et une perte de sang. Une sage-femme appelée à une heure du matin trouve de tels désordres qu'elle fait venir de suite un médecin qui arrive à trois heures et demie du matin.

Ce praticien reconnut que la tumeur placée à l'extérieur était la matrice dans l'état complet de rétroversion et parvint à la replacer dans sa position naturelle; mais la femme expira à quatre heures et demie du matin.

Des tentatives criminelles furent soupçonnées et MM. M... et C... requis pour faire l'autopsie, dont voici le résumé :

Les parties extérieures de la génération ne présentent rien de particulier; mais, entre ouvertes, elles laissent voir, à deux lignes de profondeur, dans la direction de la fourchette, une plaie frangée. Le bassin ouvert, on trouve dans la cavité péritonéale, au devant du sacrum, une plaie trans-

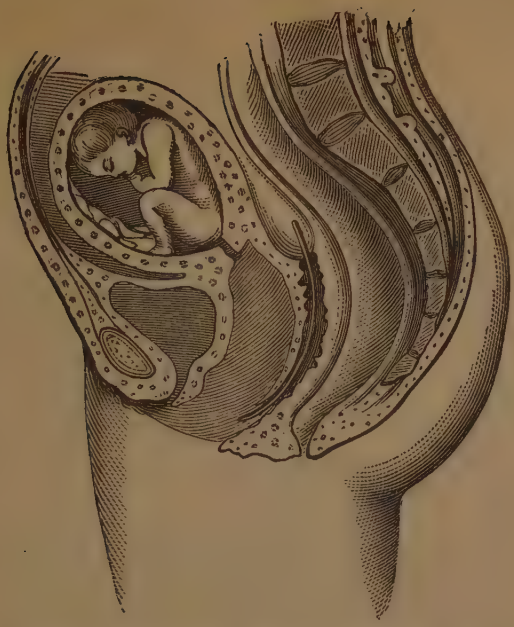


Fig. 17. — Coupe antéro postérieure du bassin à l'état normal, montrant la différence de position de la matrice vis-à-vis de la fig. 18. Une sonde est introduite dans le canal accidentel par lequel s'est engagé l'utérus. Son orifice supérieur est constitué par la rupture du péritoine, son orifice inférieur par la déchirure du vagin et la partie moyenne occupe la cloison recto vaginale lacérée. (Mayor, *Presse méd.*, 1837.)

Fig. 18. — Rétroversion telle qu'on l'observait sur le vivant.

versale, communiquant avec la cavité abdominale et la partie postéro-inférieure du vagin ; il existe ainsi un canal accidentel dont l'orifice supérieur est constitué par la déchirure du péritoine ; l'inférieur, par la déchirure du vagin, et dont la partie moyenne occupe la cloison recto-vaginale lacérée ; la plaie du vagin a cinq pouces de large dans la dilatation ; elle remonte en s'élargissant le long de la cloison recto-vaginale jusqu'au péritoine, qui est ouvert à sept pouces de largeur ; c'est le chemin parcouru par l'utérus pour sortir de la vulve.

La vessie, large et flasque, paraît avoir été distendue.

L'utérus, mou, flasque, rougeâtre, présente un certain nombre de petites déchirures semi-circulaires, ressemblant à des coups d'ongles. Il contient un fœtus de trois mois et demi présentant plusieurs ecchymoses dont une assez large sur l'occiput et une plus large sur le dos ; le placenta est meurtri et broyé.

Le Conseil de santé a admis que ces lésions étaient le résultat des efforts naturels auxquels la femme s'était irrésistiblement livrée et que la mort était le résultat de ces lésions.

On trouve souvent à l'autopsie les traces d'une péritonite générale ou partielle ; épanchements, fausses membranes, adhérences. On peut rencontrer aussi l'inflammation des intestins et des adhérences qui les unissent entre eux ou à la vessie (Reid), à l'utérus (Macléod, Craninx), etc. Ces intestins sont quelquefois très-météorisés, ulcérés (Wtlczeck), refoulés en haut sous le diaphragme (Reynick) ; des matières fécales durcies, des scybales y sont parfois accumulées au-dessous et au-dessus du fond utérin.

CHAPITRE V.

Symptomatologie.

Les symptômes de la rétroversion de l'utérus gravide peuvent se déduire en grande partie de ce que nous avons vu plus haut en parlant de l'étiologie et de l'anatomie pathologique. On peut les appeler *symptômes d'enclavement* parce qu'ils sont produits surtout par la compression des organes du petit bassin, par leur inflammation consécutive, par le retard apporté à leurs fonctions ou par l'arrêt complet de ces dernières.

On ne peut cependant dire que les symptômes sont exclusivement produits par l'incarcération ; le changement de situation *seul* doit entraîner des troubles, aussi bien dans l'utérus que dans les organes voisins, avant que le volume du premier ne soit suffisant pour permettre son enclavement. Cela est démontré non-seulement par ce qui se voit à l'état de vacuité, mais encore par le tiraillement du canal de l'urèthre, l'élévation de la vessie, le poids qui pèse sur le rectum, l'élongation des ligaments, des nerfs et des vaisseaux.

Selon M. Braxton-Hicks, la rétroflexion peut être regardée *a priori* comme constituant une tendance à l'avortement; car non-seulement l'organe est exposé à des commotions par suite des mouvements du corps, du coït, etc.; mais par suite même de sa position à l'égard de l'utérus, la colonne sanguine a trois pouces de plus, d'où retard dans la circulation en retour des veines (stase veineuse) et prédisposition aux hémorrhagies et à la mort de l'œuf.

M. Philipps, dans son travail lu à la séance du 7 février 1872 de la Société obstétricale de Londres, parle également de la susceptibilité plus grande de l'utérus à expulser son contenu avant d'avoir atteint un volume suffisant pour gêner mécaniquement l'émission des urines; de là, susceptibilité plus grande de l'utérus rétrofléchi et gravide, de là, gêne de la circulation qui prédispose aux hémorrhagies entre le placenta et l'utérus, ce qui est, à son tour, un excitant des contractions utérines ou cause la mort de l'œuf.

Pour M. Barnes, l'avortement est dû, dans ce cas, à l'engorgement du tissu de l'utérus. M. Kronid Slavjansky (1) croit que les flexions utérines donnent lieu à une endométrite catarrhale chronique, et consécutivement à des stases veineuses; d'où métrorrhagies fréquentes, et, du côté du placenta, thromboses interstitielles en même temps qu'hypertrophie de la caduque. Dans deux cas, ce dernier auteur a trouvé, en effet, ces lésions; le premier se rapporte à une antéflexion; voici le second :

Obs. LXII. — Anna Ivanova, âgée de 45 ans, eut huit enfants dont six sont vivants; dans le cours de sa grossesse elle fut atteinte à plusieurs reprises de métrorrhagies et de contractions utérines. L'utérus était en rétroversion considérable et le doigt pouvait pénétrer dans l'orifice interne du col où l'on pouvait distinguer l'œuf. Quelques jours plus tard la malade rendait un placenta de huit centimètres de diamètre, sur le bord duquel on pouvait voir quelques débris de membranes fœtales. Le placenta, long de huit centimètres, en avait deux d'épaisseur; il était dur et d'une couleur rouge-foncé ou jaune-sale. La caduque était très-épaisse et contenait beaucoup de foyers sanguins à diverses périodes de régression. La caduque renfermait une quantité considérable de tissu fibreux. Au voisinage des foyers sanguins on pouvait trouver quelques traces de dégénérescence graisseuse; il y avait également thrombose des sinus utéro-placentaires.

On comprend ainsi comment l'avortement survient dans les cas de rétroversions ou de rétroflexions antérieures à la gestation avant que l'uté-

(1) *Sur l'endométrite chronique de la membrane caduque, comme cause d'avortement dans quelques cas de déplacement de l'utérus gravide*, par le docteur Kronid Slavjansky. (*Edimburgh med. journ.*, août 1873. — Traduit par le docteur Colignon, *in Annales de gynécologie* de janvier 1874.)

rus ne soit assez volumineux pour s'enclaver, il est le résultat des modifications qui accompagnent si fréquemment les déplacements de l'organe. C'est pourquoi aussi la majorité des observations relatées se rapportent à la forme subite, attendu que, si la forme doit être lente par suite d'une rétroversion antérieure, les symptômes graves de l'enclavement n'auront pas le temps de se produire, grâce à l'expulsion prématurée du produit. Dans ces cas les symptômes ne diffèrent pas sensiblement de ceux qu'on observe dans l'avortement ordinaire, et la cause première peut passer inaperçue si on ne la recherche pas attentivement.

Selon l'époque de la grossesse, selon le degré du déplacement, selon la forme de rétroversion, selon l'état de flexion de l'utérus, les symptômes présentent des modifications que nous étudierons en les décrivant séparément.

Je passerai d'abord en revue quelques signes qui précèdent l'enclavement dans un certain nombre de cas et qui doivent toujours le faire craindre; ce sont les signes prodromiques, précurseurs, prémonitoires de cet accident.

Je décrirai, en second lieu, les symptômes de la maladie confirmée c'est-à-dire du *déplacement de l'utérus enclavé.*

1° *Symptômes prémonitoires.*

Ils n'existent pas toujours, excepté dans la forme lente; et, dans la majorité des autres cas, avant la cause subite qui a déterminé le déplacement, rien ne pouvait le faire prévoir.

Ils n'indiquent pas non plus d'une manière certaine, ni même probable, que la rétroversion ou l'enclavement s'effectueront, car beaucoup de femmes en sont affectées au commencement de leur grossesse et ils disparaissent souvent spontanément ou avec quelques légères précautions.

M. Stolz prétend que la période prodromique n'est distincte de la suivante que quand la marche est lente. Mais c'est précisément le contraire; dans la forme lente, il est impossible de distinguer les deux périodes, ni de dire exactement quand le fond utérin a passé dans la concavité sacrée, ou quand l'enclavement s'est produit.

Le toucher seul pourrait donner des renseignements précis, puisque les symptômes s'accroissent insensiblement. Tout autre est l'aspect de la rétroversion subite. Nous verrons plusieurs observations où des symptômes prodromiques sont d'abord signalés, puis une cause rapide indique nettement le passage à la période confirmée.

Ces symptômes prodromiques dépendent soit d'un certain degré d'abaissement de l'utérus, soit d'une inclinaison du fond en arrière plus ou moins prononcée, soit de la réplétion de la vessie ou des intestins. Ils se montrent

rarement réunis; leur signification est surtout importante entre deux et demi et trois mois, parce qu'à ce moment le grand axe utérin est à peu près égal au diamètre sacro-pubien et qu'une cause légère peut aisément faire passer dans la concavité sacrée le fond de l'organe abaissé ou récliné; l'incarcération peut ainsi s'opérer.

Le plus constant des prodromes est la dysurie; la femme accuse des envies fréquentes et plus ou moins douloureuses de miction, de la chaleur, de la démangeaison au méat urinaire, de la pression sur la vessie, quelquefois une impossibilité passagère d'uriner. Il peut y avoir de la pesanteur dans le bassin, la sensation d'un poids incommode dans le passage, de la constipation, des tiraillements douloureux à l'hypogastre, dans le haut des cuisses, dans le bas du dos, un peu de gêne épigastrique, des nausées ou des vomissements réitérés; de l'altération des fonctions digestives, de l'insomnie; la position debout est souvent plus ou moins douloureuse, tandis que le repos vertical soulage la malade.

Le palper pourra faire constater que le ventre est plus plat, que la tumeur utérine est plus profonde que d'habitude.

Ordinairement on trouvera, au toucher vaginal, l'utérus abaissé, le col à peu de distance de la vulve ou dirigé en avant; le doigt, par le vagin ou le rectum, arrivera plus facilement sur le corps de l'utérus et pourra reconnaître un degré plus ou moins avancé d'inclinaison en arrière.

On constatera évidemment le développement du viscère, le ramollissement du col, la chaleur vaginale et tous les autres signes locaux de la grossesse.

La durée de la période prodromique ne peut être déterminée que dans les rétroversions subites : elle a varié, dans les observations, entre quelques heures et plusieurs jours.

1. Dans l'observation de Bartlett, M^me^ E. S... souffrit de fréquentes envies d'uriner et d'aller à la selle, de faiblesse et de malaise *pendant cinq ou six heures*, puis il lui sembla tout à coup qu'elle avait perdu son ventre.

2. La femme Lovinfosse avait de la dysurie et de la constipation *depuis une huitaine de jours*, quand elle sentit subitement, en sautant dans un bateau, un déplacement s'opérer dans son bas-ventre.....

3. M^me^ Mora eut pendant deux jours un peu de constipation et de dysurie, lorsqu'après une fatigue.....

4. Dans une observation de Gougis, la femme éprouvait depuis quelque temps des douleurs dans les lombes et à l'hypogastre, quelquefois de la constipation et de la douleur en urinant, lorsqu'elle fit une chute, etc.

5. La femme opérée par Craninx éprouvait, depuis le commencement d'octobre, de la gêne pour uriner et pour aller à la selle, lorsque le 15, il lui survint tout à coup des douleurs vives, etc.

6. La femme Courtot avait eu quinze jours avant son accident une impossibilité passagère d'uriner.

7. Mme S..., après avoir été tourmentée pendant plusieurs jours par un sentiment de gêne dans le bassin, de la difficulté d'uriner, des alternatives de constipation et de diarrhée, éprouva tout à coup.....

8. Mme Pétrequin avait une métrorrhagie, des douleurs dans la matrice et un poids incommode du côté du rectum. Cette observation est importante parce que le toucher est rare à ce moment : il fit reconnaître que le corps de la matrice était douloureux, engorgé et *dirigé un peu en arrière;* le col, *porté en avant*, était mou et boursoufflé. Quelques jours après, pendant la nuit, au milieu d'efforts pour aller à la selle, la femme éprouva dans le bassin un sentiment de craquement et comme de rupture; dès lors, le toucher constata que la rétroversion était opérée.

9. Les prodromes durèrent assez longtemps chez une malade de Baudeloque, puisque la rétroversion, qui s'opéra lentement, ne fut complète, dit-il, qu'après cinq ou six semaines (obs. 30).

10. Dans l'observation de Billi (forme lente), la constipation fut seulement plus grande dès les premiers jours; l'enclavement ne fut *probablement* complet qu'au troisième mois.

L'incertitude est plus grande encore dans les autres observations à forme lente.

2°. — *Symptômes de la rétroversion confirmée.*

Nous l'avons déjà vu, dans la forme lente, les accidents se montrent et augmentent peu à peu; les premiers symptômes que nous avons constatés dans le chapitre précédent s'exagèrent, de nouveaux effets se produisent et forcent la malade à réclamer les secours de l'art.

Mais, dans la majorité des cas, qu'il y ait quelques symptômes prémonitoires ou non, un accident quelconque, une chute, un coup, un effort pour lever un fardeau, aller à la selle ou uriner, ouvre la scène des MANIFESTATIONS du déplacement.

Nous avons vu que ces deux formes, décrites depuis Baudeloque, sont surtout étiologiques.

Que la rétroversion soit lente ou subite, à part la sensation qui se produit quelquefois au moment de l'accident, dans la seconde forme, on comprend que les phénomènes morbides consécutifs doivent être les mêmes; ils sont seulement d'habitude plus aigus, surtout quand le déplacement se produit à une période avancée de la grossesse (4e mois).

La sensation spéciale dont je viens de parler constitue un symptôme important lorsqu'on est appelé près d'une femme enceinte qui a été atteinte subitement de rétention d'urine; elle consiste dans un sentiment de rupture, de

craquement, de perturbation, de descente, de changement de situation d'un organe du bas-ventre; quelquefois ce n'est qu'une sensation de secousse, de douleur dans l'hypogastre ou les reins, une faiblesse ou une défaillance.

1. Dans l'obs. V de Négrier, l'effort que fit la femme produisit instantanément une secousse dans le ventre.

2. Dans l'obs. VI du même auteur, la femme avait senti, au moment de l'accident, quelque chose se déranger dans le ventre.

3. Une malade de M. Bleynie sentit également, en mettant une marmite pleine d'eau sur le feu, quelque chose qui se dérangeait dans son ventre.

4. La malade de M. Gosselin ne ressentit qu'un peu de douleur dans le ventre, douleur qui ne fut même pas assez intense pour l'obliger à s'arrêter; mais elle n'éprouva point de brusque changement dans les organes du petit bassin.

5. La femme Lovinfosse a senti quelque chose descendre dans le bassin.

6. La femme observée par M. Courtois ressentit, en lavant, une douleur vive dans l'abdomen et aussitôt les eaux s'écoulèrent. Une particularité à signaler dans ce cas, c'est que, quinze jours après, en se retournant dans son lit, la malade sentit un craquement violent dans le bas-ventre. A cette époque de la rétroversion, une sensation semblable est bien plus grave, car, comme nous le verrons, elle indique d'habitude une déchirure de la vessie. Il n'en était cependant pas ainsi dans le fait de M. Courtois, puisque plusieurs jours après « on sentit parfaitement la vessie distendue par l'urine. » Cette sensation ne pouvait donc provenir que d'un engagement plus considérable du fond de l'utérus accompagné peut-être de la déchirure de quelques fibres des ligaments; peut-être aussi le prolapsus constaté par M. Courtois et qui n'existait pas lors de l'examen des premiers médecins, s'était produit à ce moment.

7. La malade de M. Barth ressentit, en faisant un effort pour soulever un seau d'eau, une douleur aiguë dans la région hypogastrique.

8. M^me^ Pin (Obs. I^re^ de Martin) ressentit à l'instant même une douleur dans les *reins* qui persista.

9. La femme Duvivier (Obs. II de Martin) éprouva, dans le bassin, une douleur suivie d'une perte utérine.

10. M^me^ Pétrequin éprouva un sentiment de craquement et comme de rupture.

11. La femme Geoffret (Obs. VI^e^ de Martin), en soulevant un fardeau, ressentit aussitôt dans le bassin un mouvement extraordinaire : elle continua cependant de se livrer aux soins de son ménage.

12. La femme Perret (Obs. VIII de Martin) n'éprouva qu'une douleur suivie d'un besoin d'uriner.

13. Mme Vachon n'éprouva qu'un besoin pressant d'uriner.

14. La malade de Desgranges s'aperçut d'un dérangement dans son corps.

15. Il en fut de même chez la malade de Vandorpe.

16. La femme vue par Wittich éprouva une violente douleur avec sentiment de rupture dans le ventre.

17. La malade de Lynn sentit quelque chose se déranger dans son ventre et *lui tomber vers le bas du dos.*

18. La malade de Macléod, *peu après* avoir soulevé un lourd fardeau, éprouva une douleur *aiguë* à l'hypogastre et un sentiment de pression, de tiraillement dans la concavité sacrée.

19. Dans l'obs. de Gougis, il y eut douleur vive à l'hypogastre avec sentiment de déchirement dans les lombes.

20. La femme A. G. (Ramsbotham) éprouva une douleur subite à la partie inférieure de l'abdomen.

21. La femme Lefebvre (Depaul) sentit une douleur vive dans le bassin et fut obligée de quitter le fardeau qu'elle portait.

22. La malade de Delaharpe ressentit *aussitôt* une violente douleur qu'elle cacha le plus longtemps possible.

23. Anna Martin (Baynham) éprouva une douleur subite et violente dans le bas-ventre, à laquelle elle fit peu d'attention pour le moment.

24. La malade de Richter avait senti un déplacement s'opérer immédiatement dans son bas-ventre.

25. Stéphanie Leclerc ressentit une vive douleur dans le ventre avec sensation de déplacement.

26. Bernardine Surtewargen sentit une douleur dans le ventre et les reins.

27. Une malade de France sentit quelque chose se déranger dans son ventre.

On voit, par ces observations, qu'en général la douleur subite produite par le déplacement, n'est pas assez vive pour empêcher la femme de continuer à marcher ou à s'occuper; c'est qu'aussi elle persiste rarement et disparaît ou diminue rapidement; elle est différente, en tous cas, des douleurs intermittentes que nous allons bientôt analyser.

Dans un cas, le choc fut assez violent pour occasionner la rupture des membranes qui étaient probablement fort peu résistantes; d'autres fois, une perte se déclare à l'instant; plus souvent, le col vésical irrité, tiraillé, produit un besoin d'uriner qui ne peut être satisfait.

A la suite de l'accident qui a produit ou complété le déplacement, les

femmes éprouvent une difficulté plus ou moins grande pour uriner et pour aller à la selle; elles sont tourmentées par des douleurs violentes, souvent intermittentes, dans le bas-ventre et les reins, de pesanteur au périnée et dans les aines; elles sont atteintes fréquemment de nausées et de vomissements. Ces différents symptômes, surtout le premier, peuvent être portés plus ou moins rapidement à un haut degré et amener des phénomènes généraux, ordinairement graves.

On voit que ces signes sont spécialement produits par l'enclavement. Rien d'étonnant donc s'ils ne se montrent pas toujours dans la rétroversion, ni immédiatement après le choc qui l'a produite. Le tout dépend du volume de la matrice; la *plupart du temps*, c'est une affaire toute mécanique.

Au début il n'y a pas de fièvre; elle ne survient qu'après un temps plus ou moins long à la suite d l'inflammation des viscères abdominaux ou par la résorption urineuse.

La difficulté dans l'émission des urines et l'expulsion des matières fécales, les douleurs diverses, les symptômes gastriques ne peuvent évidemment caractériser la rétroversion de l'utérus pendant la grossesse. Cependant quand ces phénomènes surviennent dans les premiers mois de la gestation après une cause subite semblable à une de celles énumérées, ou bien quand ils se montrent successivement et acquièrent une intensité de plus en plus grande, il y a de fortes présomptions en faveur du déplacement.

Différents praticiens (Denman, Martin jeune [de Lyon], Godefroy [de Rennes], etc.) ont pu, sur ces seules indications, reconnaître la rétroversion et le toucher a confirmé leur diagnostic.

Quelque importants que soient ces signes, ils ne suffisent cependant jamais pour affirmer la rétroversion; le toucher seul peut donner une certitude absolue. Nous aurons donc à passer en revue les différents symptômes énumérés plus haut et de plus à examiner les signes fournis par les touchers abdominal, vaginal et rectal; nous aurons également à voir si l'auscultation, la vue et la percussion ne peuvent pas offrir quelques indications diagnostiques spéciales.

1°. — *Rétention d'urine.*

C'est le symptôme rationnel le plus important, le plus constant et quelquefois le seul existant; c'est le premier qui, d'habitude, attire l'attention de la femme, lui inspire de l'inquiétude, lui fait réclamer les secours du médecin; c'est aussi celui qui est ordinairement le plus grave et nécessite l'intervention la plus active; on peut quelquefois s'abstenir de réduire la matrice, mais jamais de vider la vessie; de plus on ne devra jamais tenter de replacer la première sans avoir préalablement désempli la seconde.

Ces opinions sont celles de Denman qui a bien étudié le rôle de la vessie dans la maladie qui nous occupe, et je crois qu'on doit les admettre entièrement. (Voir *une restriction à l'art. Traitement.*)

L'étude de ce symptôme est donc des plus importantes.

Nous avons vu les idées de l'éminent auteur anglais, relativement à la production de la rétroversion ; mais il admet sagement, à la page suivante, qu'il peut rester du doute, et nous savons à quoi nous en tenir à cet égard, c'est-à-dire que la rétention d'urine agit rarement comme Denman le croyait. Mais il est certain que la vessie, par sa distension extrême, est un obstacle à la reposition de la matrice et peut même, par son poids, abaisser cette dernière de plus en plus. La maladie s'aggrave donc par le fait d'un symptôme qu'elle a produit : l'utérus et la vessie agissent secondairement l'un sur l'autre ; les efforts que fait la malade pour uriner tendent à augmenter le déplacement et à comprimer plus fortement l'urèthre ; la vessie, en s'élevant, tire le col utérin de bas en haut, tandis que le corps de la matrice est pressé de haut en bas par la vessie distendue et les contractions de la presse abdominale ; il y a deux puissances qui, par des directions contraires et non directement opposées, tendent à augmenter le renversement.

La rétention d'urine peut être complète ou partielle, rarement elle manque. Elle a, dans la rétroversion pendant la grossesse, des caractères spéciaux, importants à connaître.

Dans la rétroversion à forme lente, la femme n'a d'abord éprouvé qu'un besoin plus fréquent, un peu de dysurie, insensiblement la difficulté est venue, s'est accrue ; souvent sollicitée à rendre ses urines, la femme a pu remarquer que, malgré des efforts de plus en plus énergiques, elle pouvait de moins en moins les évacuer, que l'obstacle à la miction devenait chaque jour plus difficile à vaincre ; qu'une tumeur sus-pubienne s'était développée rapidement, que, dans certaines positions, l'urine coulait plus facilement, que, dans ce cas, la tumeur hypogastrique semblait décroître pour augmenter de nouveau, et bien plus rapidement que dans la grossesse ordinaire.

Dans certains cas, après avoir éprouvé quelques difficultés pour uriner, la femme, soit en faisant des efforts pour satisfaire à ce besoin, soit à la suite d'un accident quelconque, s'aperçoit qu'elle n'urine plus que goutte à goutte et que son ventre prend rapidement un grand développement. Dans des cas plus nombreux enfin, la femme, sans avoir éprouvé la moindre gêne du côté des voies urinaires, est prise, peu de temps après un accident, la nuit suivante ou le lendemain, par exemple, d'une rétention d'urine plus ou moins complète et qui tend ordinairement à devenir de plus en plus sérieuse.

Mais il peut arriver dans tous ces cas que l'urine coule par regorgement; le ventre est très-volumineux et la femme prétend cependant qu'elle urine parfaitement; un pareil état peut en imposer, surtout si l'on a affaire à une malade indocile qui refuse de laisser procéder au cathétérisme et au toucher vaginal. Le médecin connaît alors son devoir.

Inutile de répéter que la rétention d'urine ne se présente pas toujours immédiatement après l'accident.

Dans la grande majorité des cas le médecin est appelé pour combattre ce symptôme. Quelquefois cependant la femme n'y attache pas la même importance, soit que d'autres causes attirent son attention, soit que la vessie puisse encore être vidée plus ou moins complétement : ces derniers cas sont les plus rares.

Si la rétention est complète, la vessie se distend rapidement; si elle est incomplète « chaque jour, dit Blundell, le liquide est rejeté, mais en quantité insuffisante et la vessie ne se vide jamais. La malade a beau faire des efforts pour uriner, l'organe s'emplit de plus en plus. » On comprend que, dans ces circonstances, qui sont les plus communes, la distension de la vessie soit plus lente et demande plusieurs jours avant d'arriver à un haut degré.

La malade, du reste, fait pour se soulager des efforts surhumains, essaie de toutes les positions, debout, couchée, assise, accroupie, et recommence d'autant plus souvent qu'elle est tourmentée par un ténesme vésical presque continuel.

Il y a quelquefois des démangeaisons au voisinage du méat urinaire et des excoriations produites par le suintement de l'urine altérée.

La vessie distendue forme dans le bas-ventre une tumeur plus ou moins volumineuse donnant un son mat à la percussion et présentant une fluctuation plus ou moins manifeste; cette tumeur est ordinairement molle, peu résistante et se laisse assez facilement circonscrire, à moins qu'il n'y ait une trop grande sensibilité du ventre, une péritonite; dans quelques cas, on l'a trouvée assez dure et semblant même se durcir plus encore, se contracter, sous la main, phénomène qui peut se comprendre en pensant à l'hypertrophie, quelquefois assez importante, des parois vésicales lentement distendues; mais, dans ces cas exceptionnels, on distinguera cette tumeur de la matrice, d'abord par son volume qui ne correspond pas à l'époque de la gestation; en second lieu, par sa fluctuation manifeste, (deux signes qui pourraient en imposer également pour une hydropisie de l'amnios;) en troisième lieu, par sa forme à grosse extrémité inférieure (quand cette forme existe) tandis que la matrice est globuleuse ou à grosse extrémité supérieure; enfin et surtout par le toucher vaginal, le suintement de l'urine quand on presse sur l'hypogastre et la disparition graduelle de la tumeur pendant le cathétérisme.

Un médecin appelé près d'une femme dont la vessie est fortement distendue et qui prétend uriner fort bien (par regorgement), pourra s'imaginer avoir affaire à une ascite ou à un hydramnios. Les commémoratifs, le toucher et l'introduction de la sonde dans la vessie lèveront tous les doutes.

La hauteur que peut atteindre la vessie est parfois considérable, surtout quand la distension est assez lente, sinon le réservoir est exposé à se rompre avant d'avoir atteint un grand volume. On a vu la vessie dépasser l'ombilic de plusieurs travers de doigts et remonter jusque dans la région épigastrique.

L'urine qui coule par regorgement ou qui est obtenue au moyen de la sonde est quelquefois normale; le plus souvent elle est altérée, présente une odeur désagréable, ammoniacale, excessivement fétide, gangréneuse; elle est trouble, laisse déposer un sédiment muco-purulent, d'autres fois elles est mêlée de sang ou de portions gangrénées de la muqueuse; on a vu l'observation de Wittich où la muqueuse vésicale toute entière sortit par l'urèthre.

La femme présente quelquefois l'odeur caractéristique de l'urine; ses linges, son lit en sont imprégnés.

L'urine coule dans certains cas par un simple changement de position; tantôt c'est quand la femme est sur le dos, d'autres fois quand elle se lève ou se penche en avant; le même résultat pourra être obtenu en pressant sur la tumeur abdominale ou en déplaçant avec le doigt le col ou le corps utérin; rien que par le toucher, l'urine trouve parfois une issue et vient souiller la main de l'opérateur.

J'ai parlé de la position du méat urinaire, de la direction nouvelle de l'urèthre et expliqué les causes de la rétention d'urine (anatomie pathologique). Parfois, soit que le col se trouve recourbé vers le bas ou dévié de côté, soit qu'il y ait tension moindre du canal de l'urèthre ou élasticité plus grande de la paroi vaginale antérieure, la rétention n'a pas lieu et la femme continue à uriner plus ou moins facilement. Ces exemples sont peu nombreux; on en trouvera dans les observations de Villeneuve, de Chantreuil (1re), de Martin (2e), de Stoltz et dans le cas remarquable suivant :

Obs. LXIII. — *Rétroflexion double au 3e mois de la grossesse; expulsion facile des urines et des fèces; emploi du procédé d'Evrat, guérison; par* M. Chapplain, *de Marseille.* — Mme X..., d'un tempérament lymphatico-sanguin, âgée de 29 ans, a eu quatre accouchements à terme, dont l'un terminé par le forceps, deux accouchements prématurés à 7 et 8 mois, et, en dernier lieu, deux avortements de 5 et 6 mois.

Cette dame jouit d'une santé excellente, elle est grande, le bassin est spacieux et bien conformé.

Mme X..., est réglée une dernière fois le 15 décembre 1855 et les premiers mois de cette grossesse ne présentent rien de remarquable. Dès le commencement de mars surviennent des douleurs très-violentes dans la région utérine. Mme X... est obligée de se mettre au lit, la sensation qu'elle éprouve est celle d'un corps étranger qui tendrait à sortir du bassin à travers la vulve. Quelques jours avant le début de ces douleurs, la malade avait éprouvé une émotion morale vive à laquelle elle et son entourage rapportent l'origine des phénomènes dont elle se plaint.

Le séjour au lit, quelques lavements laudanisés ramènent le calme pendant quelques jours, mais bientôt les douleurs reparaissent. Le toucher est alors pratiqué. Le col est d'abord cherché en vain; le fond de l'excavation vaginale est fermé par un corps souple, ne présentant aucune inégalité; en ramenant le doigt en avant et en haut, on sent que le cul-de-sac antérieur du vagin s'étend au-dessus de la branche horizontale du pubis : c'est là que se trouve le col utérin incliné en avant et un peu en bas. Le doigt, promené alors d'avant en arrière, reconnaît que la paroi postérieure et supérieure du vagin est fermée par la paroi postérieure de la matrice, laquelle, parvenue au niveau du rectum dans l'excavation du bassin, s'infléchit encore en bas.

L'examen fait donc constater non-seulement une rétroversion, mais encore une rétroflexion double, si on peut ainsi la nommer, car le sommet de l'utérus se trouve placé, non sur le même plan que le corps, mais sur un plan inférieur, de manière que le doigt parcourant la face postérieure de l'organe, rencontre un angle rentrant avant d'arriver au bout; le col est lui-même infléchi un peu en bas, de sorte que la face postérieure de la matrice représente une espèce de voûte dont le cintre est très-allongé, et dont les piliers, d'inégale longueur, sont très-courts.

Les urines sont rendues sans difficultés, les selles sont faciles. Un purgatif a déjà été pris, et des lavements entretiennent la liberté du ventre.

M. Chapplain veut réduire : il place la femme sur le dos au bord du lit, le siége élevé; puis introduit dans le vagin un doigt de chaque main, l'un pour abaisser le col, l'autre pour relever le fond. L'utérus cède peu.

M. Villeneuve, appelé en consultation, fait donner un purgatif. Débarrassé alors de toute crainte relativement à un obstacle physique du côté de l'intestin, M. Chapplain fait placer Mme X... sur le bord du lit, à genoux, le siége élevé et dans la position la plus déclive possible; il se place derrière la malade et introduit dans le vagin deux doigts pour agir en sens inverse sur le col et sur le fond. Le col accroché se déplace et peut être ramené dans l'axe du bassin. Mais la réduction n'est pas faite et le lendemain tout se trouve dans l'état primitif.

Quelques jours après, M. Chapplain recommence ses tentatives; seulement, comme il pense qu'il n'a pu faire remonter assez haut le fond utérin, il aide le doigt qui doit agir sur cette partie, d'un tampon formé par une éponge placée à l'extrémité d'une baleine. Cette manœuvre occasionne des douleurs violentes et une petite perte de sang, mais est couronnée de succès. On ordonne à Mme X... le repos sur le côté ou sur le ventre.

La réduction se maintient; mais, au 6e mois, sans cause appréciable, Mme X... accouche d'un enfant mort depuis plusieurs jours.

Dans une grossesse suivante, il y a eu tendance au déplacement, mais il ne s'est pas produit.

Après un temps plus ou moins long, la distension de la vessie, portée à un degré considérable, donne lieu à des symptômes généraux graves sur lesquels je reviendrai. Je parlerai seulement ici d'un phénomène local qui entraîne presque infailliblement la mort; j'ai cité la rupture de la vessie. Cet accident survient ordinairement par suite de la gangrène d'une des parois vésicales; une fissure ou déchirure simple est rare.

La rupture de la vessie arriva, dans le cas de Lynn, le septième jour de la maladie. De même que dans l'observation de Hunter, elle fut annoncée par un affaiblissement général, par des nausées et du hoquet, puis par une sensation spéciale de déchirure dans le ventre; un peu de calme succéda, mais la mort ne tarda pas à survenir.

Nous avons vu qu'une sensation plus ou moins semblable se manifeste parfois au moment où la rétroversion se produit. Mais la distinction est facile : la rupture de la vessie survient à une période avancée de la maladie; elle est constamment précédée et suivie de signes excessivement graves; on ne peut plus circonscrire la tumeur abdominale qui paraît moins volumineuse et généralisée; le son mat n'est plus limité; enfin la sonde n'amène plus d'urine.

L'urine s'épanche dans le péritoine ou s'infiltre dans le tissu conjonctif du bassin; la mort survient ordinairement en quatre ou cinq jours. Mais l'aphorisme d'Hippocrate *cui persecta est vesica.... lethale*, est-il exact? Aucune guérison n'a encore été rapportée, que je sache, dans un cas de rétroversion utérine compliquée de rupture de la vessie. Cependant, on ne peut affirmer qu'elle n'est pas possible puisque dans d'autres circonstances la mort n'a pas eu lieu.

La *Gazette médicale de Paris* (1873, n° 3), donne, en effet, le résumé de 78 ruptures de la vessie parmi lesquelles il y a eu 7 cas de guérison. Les moyens employés ont consisté à ouvrir un large passage à l'urine répandue dans le péritoine ou infiltrée dans le bassin : la taille et la paracentèse hypogastriques semblent les deux seules méthodes applicables dans les cas de rétroversion, à moins qu'on ne veuille suivre le conseil de Blundell, qui a proposé la gastrotomie et la ligature de la portion vésicale rupturée attirée dans la plaie abdominale. La gastrotomie, dans ce dernier cas, servirait également à faciliter la réduction de la matrice. (Voir *traitement art. gastrotomie.*)

2°. — *Rétention des matières fécales.*

Ce symptôme est moins important que le précédent; la constipation

cependant est des plus fréquente dans la rétroversion, mais elle attire moins l'attention, à cause d'autres accidents plus sérieux. L'urine, en effet, continue à être sécrétée, et si la fièvre s'allume, la femme, obligée d'étancher sa soif, fournit au sang les aliments liquides nécessaires. Il n'en est pas de même pour les selles ; si l'état de la femme s'aggrave, l'appétit est perdu et les résidus solides manquent pour distendre les intestins outre mesure ; ces derniers ne peuvent donc prendre de développement que par la présence, dans leur intérieur, des gaz provenant de la décomposition des matières stercorales qui y séjournent trop longtemps.

La constipation est un des symptômes ordinaires ; elle est rarement complète et manque quelquefois tout à fait. Elle se montre, comme la dysurie, au début de la maladie. La femme a des épreintes, du ténesme, de la chaleur, des élancements à l'anus ; sollicitée aussi constamment pour aller à la selle, elle ne peut y parvenir ; dans les efforts énergiques auxquels elle se livre, elle expulse des matières ordinairement dures, peu abondantes, de forme rubanée, quelquefois sanguinolentes, qu'on a voulu regarder (Schweigheuser) comme pathognomoniques. Ces efforts enflamment l'anus, qui peut s'entr'ouvrir, se tuméfier, devenir saillant, et amènent parfois un prolapsus de la partie inférieure du rectum.

La diarrhée a existé et les selles n'ont pas été interceptées dans quelques observations ; ainsi dans une de Martin, de Lyon (2e), une de Mattei (300e), dans celle de Chapplain et dans la suivante de M. Godefroy, de Rennes.

Obs. LXIV. — *Rétroversion au 4e mois de la grossesse ; diarrhée ; réduction impossible par le vagin, faite au moyen de quatre doigts introduits dans le rectum ; guérison* (1). — J. M. L..., 32 ans, d'une forte stature, mère de deux enfants, enceinte de trois mois, tomba sur le siége le 8 janvier 1842, d'une hauteur d'environ dix pieds. Immédiatement, douleurs dans les lombes et difficulté pour uriner, qui cessent en partie quand la femme se penche en avant. *Diarrhée habituelle persista.* Jusqu'au 16 février, même état. Ce jour, la malade fit quelques efforts pour soulever et transporter une lourde pierre ; alors les douleurs augmentèrent, et, malgré les plus grands efforts, l'urine ne peut être rendue.

La femme, alors enceinte de quatre mois, crut qu'elle allait avorter et se rendit à la salle d'accouchements de Rennes. Son agitation était extrême, la figure injectée, le pouls normal, le ventre tendu et sensible.

Le toucher fit constater la rétroversion de l'utérus dont le fond dirigé vers le coccyx ne pouvait être déplacé avec le doigt ; le col était situé en haut, en avant et derrière le pubis et comprimait l'urèthre.

La sonde de femme ne put pénétrer ; la malade fut alors placée sur le bord du lit, les mains et la tête reposant sur le sol, les cuisses sur le lit ; mais cette position, très-gênante, ne put être conservée longtemps. On mit

(1) *Thèse* de M. Godefroid, fils, obs. 1re.

alors la femme à genoux sur le lit, la tête appliquée sur les couvertures; cette position fut gardée pendant trois quarts d'heure sans que l'utérus bougeât. On passa deux lavements; le cathétérisme donna issue à un litre et demi d'urine, puis on plaça la femme dans la position susdite, mais les cuisses écartées; les efforts de réduction par le vagin furent inutiles; alors M. Godefroy put, en procédant avec lenteur, introduire dans le rectum, sans grande douleur pour la patiente, quatre doigts de la main droite qui refoulèrent facilement et promptement l'utérus au-dessus du promontoire. Pendant qu'il refoule ainsi l'utérus, l'opérateur ne put introduire l'indicateur gauche dans le vagin pour accrocher le col, les autres doigts remplissant le détroit inférieur.

La malade garda encore une heure la position, puis fut portée dans son lit et couchée, jusqu'au lendemain, la tête basse et le siége relevé.

Le lendemain, quelques douleurs et tension dans la fosse iliaque droite: cataplasme, saignée, lavement émollient.

Le surlendemain, douze sangsues *loco dolenti*, cataplasmes et lavements.

Le jour suivant, tous les symptômes fâcheux ont disparu et la grossesse continua heureusement son cours.

Dans un certain nombre de cas la constipation n'est pas signalée; au contraire, dans l'observation de Villeneuve, la constipation paraît avoir joué le rôle le plus important et avoir même été la cause de la rétroversion, puisque cette dernière céda après un purgatif.

La constipation habituelle de la grossesse est plus opiniâtre que de coutume; aussi, dit M. Depaul, si les laxatifs et les moyens habituels ne produisent aucun résultat, si les malades éprouvent un besoin continuel d'aller à la selle sans pouvoir le satisfaire et que les lavements ne puissent être introduits, on doit songer à un examen complet qui fera reconnaître la véritable situation.

Des matières fécales dures peuvent être amassées en dessous et au-dessus de l'endroit de l'intestin comprimé; le premier cas est de beaucoup le plus fréquent; mais il faut être prévenu que le second peut exister, car les lavements ne font guère d'effet et il est nécessaire alors de curer le rectum.

Les matières stercorales, les scybales qui se trouvent dans l'S iliaque et les autres intestins, en pressant sur la paroi supérieure de l'utérus rétroversé, agissent dans le même sens que la vessie, augmentent le déplacement et empêchent la réduction ou la rendent difficile.

Le volume du ventre peut être augmenté par l'accumulation dans les intestins des gaz provenant de la décomposition des résidus intestinaux; mais alors la percussion donne un son clair; dans un cas rappelé par M. Salmon, le volume du ventre était énorme et « l'on sentait manifestement deux tumeurs séparées au niveau de l'ombilic par une sorte de

dépression transversale, la tumeur inférieure était formée par la vessie distendue, la tumeur supérieure, sonore à la percussion, était formée par du météorisme abdominal. »

Des phénomènes généraux peuvent être sous la dépendance des intestins; on a vu ces derniers envahis par l'inflammation et même par la gangrène. (Voir *anat. path.*)

Les troubles gastriques se rapprochent de ceux que nous venons d'examiner. L'appétit est ordinairement conservé au début, mais se perd si les symptômes deviennent graves. Les vomissements sont signalés dans un petit nombre d'observations, ce qui semble étonnant car ils accompagnent souvent les déviations de l'organe gestateur; d'après M. Graily-Hewitt, même les *vomissements de la grossesse dépendent souvent des flexions.*

Les vomissements peuvent de plus, dans la rétroversion avancée, être la suite de l'arrêt des matières intestinales et devenir fécaloïdes : la maladie simule alors un étranglement interne.

Enfin Churchill rapporte un cas du docteur Marcet où « la constipation et les vomissements étaient le symptôme prédominant; » mais dans ce cas l'utérus n'était point distendu par la grossesse.

Dans l'observation de M. Stoltz, le déplacement ne s'était traduit que par des vomissements incoercibles. M. le docteur Lizé (du Mans) écrivait aussi il y a quelque temps (*Gazette obstétricale de Paris*, 21 novembre 1873) : « La réduction de l'utérus dévié, chez certaines femmes, a fait disparaître complétement des vomissements incoercibles. Les remèdes administrés par la voie gastrique, en pareilles circonstances, doivent aggraver le mal au lieu de l'améliorer. »

Voici encore un cas à l'appui de cette opinion.

Obs. LXV. — *Rétroversion à 2 1/2 mois de grossesse ; symptômes gastriques disparaissant par la réduction ; guérison ; par M. le docteur* Mattei (1). — Mlle C. A..., à 2 1/2 mois de sa deuxième grossesse, va consulter M. Mattei pour savoir si elle est enceinte :

Le palper profond du bas-ventre permet de trouver le petit bassin occupé par une tumeur dépassant de deux doigts le bord supérieur du pubis; cette tumeur ne peut être que l'utérus à deux mois révolus de grossesse, car la vessie est vide. Le toucher vaginal fait constater que la matrice est en rétroversion : le col assez long et un peu ramolli est contre le pubis; le cul-de-sac postérieur du vagin est rempli par une tumeur mollette qui fait suite au col, en angle obtus.

M. Mattei ballotte le corps entre la main interne et la main externe, ce qui permet d'établir la continuité de la tumeur. (Potion iodurée.) Le lendemain, la malade voit encore le sang paraître (l'époque cataméniale tombait quelque jours avant et avait déjà été marquée par des pertes blanches,

(1) *Loc. cit.*, obs. 300e

chose qui n'avait jamais existé chez la malade; l'époque précédente avait aussi été indiquée par un écoulement de sang de deux heures), douleurs au bas-ventre et nausées; cinq jours après, vomissement; à ce moment, par le palper abdominal, la tumeur utérine semble moins accessible et plus douloureuse. M. Mattei procède alors à la réduction : il pousse, par le vagin, le fond utérin en haut assez facilement, puis il continue en accrochant le col et en l'entraînant en bas et en arrière. Le lendemain tous les malaises ont disparu, plus de vomissements ni même de nausées, appétit revenu.

M. Mattei admet que le déplacement a suffi pour produire les phénomènes réflexes cités, sans qu'il y eût enclavement bien prononcé de l'organe gestateur.

La grossesse a continué sans récidive et Mlle A... a accouché le 23 août 1862 d'un enfant vivant et à terme.

D'où la conclusion d'examiner par le toucher toute femme qui, dans les premiers mois de sa grossesse est atteinte de vomissements prolongés.

3°. — *Douleurs.*

Il est nécessaire d'étudier ce symptôme séparément à cause de sa grande importance, de sa fréquence, de ses sources différentes, de ses modifications, en un mot, de l'attention toute spéciale qu'il réclame. On ne peut le décrire dans les symptômes généraux, car il existe avant eux et n'est que rarement sous la même dépendance.

Dans le cas suivant, les douleurs avaient seules attiré l'attention du premier praticien appelé.

Obs. LXVI. — *Rétroversion à 3 1/2 mois de grossesse, perte de sang, réduction par le procédé de Martin; guérison; par M. le docteur* Davreux (1). — Mlle C..., quai Orban, âgée de 17 1/2 ans, chlorotique, frêle, de petite taille, est enceinte de 3 1/2 mois. Elle est la maîtresse d'une jeune homme grand, vigoureux, très-passionné et porté aux excès alcooliques. Elle a une constipation habituelle, mais ne souffre point du côté de la vessie ni de l'excrétion urinaire.

Elle accuse une douleur subite au bas-ventre, douleur qui retentit bientôt aux aines et aux lombes. Après deux jours de souffrances modérées, légère perte de sang puis augmentation considérable de la douleur, ténesme rectal et vésical.

Le docteur B... appelé, oppose à la douleur la pulvérisation de l'éther sur le ventre et engage la patiente à réclamer d'un autre praticien les soins qu'exige son état de grossesse.

M. Davreux appelé le 8 août 1872, constate un éréthisme nerveux notable; les autres symptômes persistent et, croyant à un avortement, on a fait venir une sage-femme.

Le toucher est excessivement douloureux. L'utérus développé normale-

(1) Obs. inédite.

ment est en rétroversion; son axe est horizontal; le rectum est plein de matières; la vessie, située très-haut, est assez développée.

Le cathétérisme donne issue à un litre d'urine environ. Un lavement à l'huile de ricin est prescrit, ainsi qu'une potion avec 2 gr. de chloral et 0,50 de laudanum.

Trois heures après, l'utérus est toujours dans la même situation. M. Davreux procède alors à la réduction; deux doigts introduits dans le vagin obtiennent facilement le résultat désiré. Dès lors, la perte cesse complétement, la grossesse continue sans récidive, et l'accouchement se fait le 25 janvier 1873.

Nous avons déjà constaté dans les symptômes prémonitoires, des tiraillements douloureux dans les lombes, l'hypogastre, les aines. Ces douleurs se montrent plus violentes quand la rétroversion est produite; elles continuent, dans certains cas, celles que la femme éprouve au moment de l'accident.

D'après Elleaume, les douleurs s'étendent sur le trajet des ligaments larges; cela se comprend puisque l'aileron antérieur renferme les cordons ronds qui doivent être tiraillés plus ou moins fortement dans la nouvelle position affectée par l'utérus.

D'après Cazeaux également, « c'est à eux qu'il faut probablement attribuer les douleurs que les femmes éprouvent dans les aines pendant les affections chroniques et les déplacements de la matrice. » On sait, en effet, que les cordons sus-pubiens parcourent le canal inguinal et viennent s'épanouir au-dessous de l'anneau externe dans le tissu cellulaire du pénil, des environs de l'aine et même des grandes lèvres (Boivin, Baudelocque, Denman, etc.).

Les ligaments vésico-utérins et utéro-sacrés sont évidemment dans le même état de tiraillement, et il me semble que les douleurs hypogastriques et lombaires peuvent être expliquées par là, aussi bien que par l'engorgement des parois utérines.

Les douleurs périnéales peuvent aussi être produites par l'urine qui coule goutte à goutte, par l'œdème des parties, par les ténesmes, enfin par la pression du fond utérin. La sensation de corps étrangers dans le passage est souvent très-douloureuse et engage constamment la patiente à pousser. Dans le cas de Gérard, une douleur s'étendait vers le nerf sciatique droit; elle était produite probablement par la compression de ce nerf, par la matrice, vers l'échancrure sciatique.

Les douleurs de la rétention d'urine sont connues : elles sont souvent vives, existent dans la région hypogastrique, se propagent le long des uretères et des reins, et en bas, vers le méat urinaire, s'accompagnent parfois de stupeur et d'engourdissement aux cuisses; elles augmentent pen-

dant la marche, la toux, le vomissement, diminuent quand les muscles abdominaux sont mis dans le relâchement.

Les douleurs que nous venons de passer en revue sont plus ou moins continues, souvent modérées. D'autres attirent plus fortement, et à plus juste titre, l'attention des malades et du chirurgien à cause de leur violence et surtout de leur type intermittent.

Ces douleurs coïncident avec des contractions utérines. Elles se font sentir dans la partie inférieure de l'abdomen et se dirigent en arrière vers le coccyx et la partie inférieure du sacrum. Elles ont probablement leur siége dans l'utérus; on peut du moins, en touchant ou en palpant, la vessie étant vide, sentir cet organe se durcir sous la main pendant la douleur. Ce ne sont pas cependant les vraies contractions du travail; elles sont plus violentes et ne commencent pas par le col utérin; ce dernier conserve longtemps sa longueur, et ce n'est qu'après un temps beaucoup plus long que ne le ferait supposer des contractions aussi vives, qu'il commence à présenter les modifications de l'avortement. Cette particularité est importante à connaître afin de ne pas désespérer, même après des douleurs fortes et prolongées, de voir la grossesse arriver à bon port. Ici donc, plus encore que pendant le travail de l'accouchement, il faut distinguer la douleur de la contraction. Ces douleurs sont beaucoup plus vives à cause de l'irritabilité plus grande de l'organe engorgé, enflammé et de l'état nerveux surexcité de la malade. Ce sont des spasmes, des crampes qui reviennent plus ou moins souvent et sont accompagnées de contractions des muscles abdominaux.

Leurs causes peuvent être multiples : une irritation viscérale voisine (vessie, rectum) peut occasionner les contractions des muscles utérins; l'utérus lui-même est, du reste, sensible, douloureux, irrité, engorgé, comprimé; le sang ne circule plus librement dans les vaisseaux utérins, il y a stase veineuse, et, dans ce cas, les belles expériences de Brown-Sequard ont prouvé que les contractions utérines sont la conséquence ordinaire; on sait enfin avec quelle facilité certaines femmes avortent, ce qui a dicté aux chirurgiens de ne faire pendant la grossesse que les opérations urgentes et indispensables.

On comprendra facilement combien ces douleurs doivent être intolérables dans la rétroversion en passant à l'état des trois organes principaux du petit bassin : vessie, utérus et rectum; la femme, sollicitée constamment à pousser, fait des efforts inouis et jette souvent des cris déchirants.

Cet état ressemble, en quelque sorte, à une fausse couche dont les douleurs trop intenses sont mises sur le compte d'une sensibilité exagérée de la patiente. Ainsi ne peut-on s'étonner de voir souvent confondre la rétroversion pendant la grossesse avec un avortement. On attend ce dernier;

et, si un examen local convenable n'est pas pratiqué et que la rétroversion se termine par l'expulsion de l'œuf, l'accident primitif sera méconnu.

Quand ces douleurs ont acquis une certaine intensité, elles empêchent évidemment le sommeil et sont accompagnées de métrorrhagie. On a vu les efforts d'expulsion être tellement violents que la matrice et les ovaires ont été poussés en dehors à travers une déchirure de la cloison recto-vaginale (voir obs. de Mayor et de Grenser).

Je n'ai rien de spécial à dire des douleurs de la péritonite qui arrive à une période avancée de la maladie.

4°. — *Symptômes généraux.*

L'enclavement de l'utérus gravide rétroversé n'est pas accompagné de symptômes généraux au début; le pouls reste d'habitude normal et l'appétit est conservé. S'il s'agit cependant d'une femme nerveuse, impressionnable, ou bien si les douleurs sont violentes, on peut observer de la fréquence du pouls, de la chaleur à la peau, de l'insomnie, quelques accidents nerveux.

Le plus souvent les symptômes généraux sont la conséquence de la rétention d'urine, de l'inflammation de la vessie, des intestins, de la matrice et surtout du péritoine; d'autres fois ils sont amenés par les douleurs atroces, par la métrorrhagie, par l'affaissement nerveux qui suit une lésion importante, comme la rupture de la cloison vaginale dans les observations de Mayor et de Grenser, par l'urémie, comme dans le cas de Bamberger.

Dans ces circonstances, les symptômes généraux ont un caractère de gravité qui n'échappe à personne. Si la rétention d'urine avec écoulement par regorgement a pu ne pas inquiéter outre mesure la malade ni son entourage; si la constipation et les vomissements ont pu être expliqués simplement par la grossesse; si enfin les douleurs intermittentes et violentes ont été mises sur le compte d'une fausse couche difficile, la crainte saisit rapidement les assistants dès que les symptômes généraux se déclarent.

Selon les causes, la gravité du cas, les soins employés, on peut noter successivement un mouvement fébrile plus ou moins intense, le développement et la fréquence du pouls, la chaleur de la peau, qui paraît couverte par moment de sueur, des frissons répétés, de l'agitation, une anxiété continuelle, une injection de la face; la soif est vive, la langue se dessèche; l'infiltration des membres inférieurs et des organes génitaux externes augmente; il survient des vomissements incoercibles de matières bilieuses ou fécaloïdes et l'état ressemble à un étranglement interne; peu à peu le pouls devient petit, irrégulier, faible; la face est pâle et exprime le désespoir; les gencives sont fuligineuses; le ventre se ballonne et prend une sensibilité extraordinaire; le cerveau s'entreprend, le délire arrive, la respiration

s'embarrasse, il survient du hoquet; la peau est couverte d'une sueur froide, la prostration est extrême et la mort arrive au milieu des symptômes d'adynamie et d'ataxie.

En voici un exemple intéressant, suivi d'autopsie.

Obs. LXVII. — *Rétroversion longtemps méconnue; état désespéré, mort, autopsie; par* Viricel, *de Lyon* (1).— Claudine Bourget, âgée de 38 ans, enceinte de son cinquième enfant, entra à l'Hôtel-Dieu, de Lyon, le 9 février 1811. Elle était alors au cinquième mois de sa grossesse, et éprouvait, depuis le deuxième, des accidents qui avaient commencé par de vives douleurs dans la région hypogastrique. A son entrée à l'hôpital, le ventre était proéminent et tendu jusqu'au-dessus de l'ombilic; le plus léger contact produisait de vives douleurs. Les urines et les selles étaient supprimées; la malade éprouvait dans les cuisses et les jambes une anxiété continuelle qui l'excitait à les agiter sans cesse. Elle avait une fièvre continue avec des redoublements irréguliers, accompagnés de délire; faiblesse extrême; face hippocratique. Viricel reconnut une rétroversion complète de l'utérus, qu'il essaya vainement de réduire. L'état fâcheux de la femme l'engagea à cesser toute manœuvre; trente-six heures après, elle était morte.

A l'autopsie, on trouva la vessie extraordinairement développée : elle occupait, de l'un et de l'autre côté du ventre, l'intervalle compris entre la crête et le rebord des os iliaques, et s'élevait à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic; sa paroi antérieure adhérait à l'abdomen; sa muqueuse était phlogosée; l'urine qu'elle contenait était brunâtre, fétide, chargée de mucosités. Le canal de l'urèthre, très-allongé, se recourbait sur la tumeur que faisait la matrice rétroversée. Ce dernier organe, développé comme à cinq mois, était sain tant à l'extérieur qu'à l'intérieur : il contenait un fœtus dont un pied répondait à l'orifice utérin. Cet orifice, placé très-haut, était dilaté; sa lèvre antérieure était confondue avec la portion voisine du vagin; la postérieure était distincte, mais très-amincie. Les membranes amniotiques étaient rompues, et une grande partie des eaux s'était écoulée. Le fond de la matrice pressait sur le périnée, et se trouvait au niveau de l'ouverture anale. Les ovaires et les trompes étaient sains.

5°. — *Symptômes spéciaux décelés par l'inspection extérieure, le palper et l'auscultation.*

En découvrant la malade, on constatera que le ventre est développé dans sa région médiane, sans changement de couleur à la peau; quelquefois seulement on remarque quelques veines superficielles saillantes, suites de la gène de la circulation intra-pelvienne, comme dans le cas suivant :

Obs. LXVIII. — *Rétroversion à 4 mois de gestation, prise d'abord pour une hydropisie; grossesse conduite à terme par de fréquents cathétérismes; par*

(1) Martin, de Lyon, *loc. cit.*, obs. 14e, 2e obs. de Viricel.

M. le professeur Barnes (1). — Mme M..., âgée de 42 ans, fut reçue le 8 janvier 1872, à l'hôpital Saint-Thomas. On la croyait atteinte d'hydropisie. Elle avait eu précédemment huit fausses couches et n'avait jamais amené un enfant à terme. Les règles avaient cessé d'apparaître depuis cinq mois. Trois semaines auparavant, après avoir dansé, elle avait été prise de douleurs dans le ventre qui, depuis lors, avait pris un développement considérable. Elle urinait très-souvent, mais très-peu à la fois.

13 janvier. A un premier examen, on trouva le ventre très-développé; les veines superficielles étaient saillantes; il y avait une fluctuation très-nette que les changements de position de la malade ne modifiaient pas. Une sonde fut introduite dans la vessie et donna issue à plusieurs litres de liquide. Par le toucher vaginal, le docteur Barnes trouva le col de l'utérus placé très-haut, derrière la symphyse du pubis auquel il était accolé; tout à fait en arrière on trouvait le corps de l'organe qui présentait le volume d'une orange. Le docteur Barnes diagnostiqua une rétroversion utérine produisant secondairement une rétention d'urine. Des cathétérismes répétés empêchèrent la rétention de se reproduire et quelques mois après la malade accoucha d'un enfant vivant.

L'abdomen est souvent beaucoup plus volumineux que ne le ferait supposer l'époque présumée de la grossesse; par le palper, on s'assure qu'il est peu sensible et soulevé par une tumeur peu ou point douloureuse; cette tumeur est sentie immédiatement sous la peau; elle est globuleuse ou piriforme, à grosse extrémité inférieure et remonte plus ou moins haut dans l'abdomen; en la pressant, on donne à la malade des envies d'uriner et l'on voit souvent sortir un peu d'urine par l'urèthre; elle donne à la percussion un son mat et présente une fluctuation manifeste sur laquelle les changements de situation de la malade n'exercent aucune influence; cette tumeur, bien circonscrite et rénittente, est quelquefois assez molle; elle ne présente pas de dureté à sa circonférence; mais on l'a vue aussi assez dure dans toute son étendue, comme dans le cas de MM. Pajot et Tarnier, rapporté plus loin; elle peut même se durcir, se contracter sous la main, ainsi que le prouve le cas suivant.

Obs. LXIX. — *Rétroversion à 3 mois de grossesse; difficulté du diagnostic, réduction par le procédé de Grégoire; succès; par* M. Garin, *de Lyon* (2). — Mme Mora, monteuse de parapluies, 38 ans, a eu une fausse couche et quatre enfants à terme, tous extraits par le forceps : trois sont morts en naissant et deux avaient sur les côtés du front un enfoncement de près d'un centimètre, avec fracture de l'os. Le 27 mai 1851, arrivée sans accident au troisième mois d'une sixième grossesse, elle avait depuis deux jours un peu de constipation et de dysurie, lorsque, après une fatigue, elle fut prise de

(1) *Revue des sciences médicales* de M. Hayem, t. II, 2me liv. p. 762, 1873. (*Medic. Times and Gaz.*, 28 sept. 1872.)

(2) *Gaz. méd. de Paris*, 1852, p. 154.

coliques avec pesanteur dans le bassin : des efforts d'expulsion ne tardèrent pas à se déclarer. Craignant une fausse couche, on appela M. Tessier qui, au toucher, rencontra une tumeur dure qui obstruait le vagin et qu'il regarda comme la cause des difficultés éprouvées aux précédents accouchements.

M. Garin, appelé en consultation, constata : angoisse extrême, constipation datant de plusieurs jours, douleurs expulsives presque continuelles; col très-élevé, difficile à atteindre. Une tumeur dure, qu'on pouvait prendre pour l'utérus, se faisait sentir dans l'hypogastre et semblait se durcir sous la main à chaque contraction des muscles abdominaux. Tout faisait craindre un avortement; cependant le col restait fermé, nulle perte sanguine n'avait lieu. C'était donc cette tumeur qui mettait obstacle à ce que l'avortement s'effectuât (?).

Le danger pressait, car les souffrances étaient horribles, les vomissements répétés, le pouls petit et rapide; de plus, à chaque douleur, la tumeur se portait en avant, repoussant la vulve en haut et entr'ouvrant l'anus, comme le fait la tête d'un fœtus à la fin du travail : une rupture était à craindre. Les consultants, arrêtés quelques instants par l'imprévu d'un cas aussi ardu, éliminèrent successivement l'idée :

D'un calcul vésical enchatonné, d'après la résistance et le peu de poids de la tumeur; d'un polype, en raison de la liberté de l'orifice utérin; d'une tumeur fibreuse, en considérant son défaut d'adhérence à la cloison recto-vaginale et les mouvements qu'elle exécutait entre le vagin et le rectum; d'une tumeur adhérente de l'utérus qui, par sa chute, aurait déterminé les contractions abortives de cet organe, car jamais avant la grossesse rien n'avait pu faire soupçonner une maladie de ce genre; de plus la tumeur paraissait de temps en temps plus molle. Cette dernière circonstance, jointe à la mobilité de la tumeur, à son toucher tomenteux et vasculaire, conduisit les médecins à penser qu'elle était formée par la matrice complétement renversée en arrière. Tous les symptômes étaient ainsi expliqués. D'abord, on vida la vessie, d'où il sortit 2 litres d'urine; puis la malade étant couchée sur le dos, les genoux relevés et le siége exhaussé par un coussin, M. Garin repoussa directement en haut le corps de la matrice avec la main introduite presque tout entière dans le rectum, pendant que M. Tessier attirait en avant et en bas le col qu'il était parvenu à accrocher avec l'indicateur. La tumeur céda après quelques efforts, l'organe reprit brusquement sa place comme par un mouvement de détente à ressort, qui était la preuve de la violence qu'il avait subie et du succès de l'opération.

Les douleurs cessèrent et le calme se rétablit. Par prudence on appliqua un pessaire et l'on recommanda à la malade un repos absolu. La grossesse ne fut plus interrompue dans son développement.

J'ai déjà indiqué comment on pouvait facilement la distinguer alors de l'utérus et aussi de l'ascite et de l'hydramnios.

Si les intestins sont météorisés, la région épigastrique et les flancs sont également distendus, bosselés; une ligne de démarcation pourra même,

ainsi que nous l'avons vu, séparer nettement la tumeur intestinale de celle qui est formée par la vessie.

S'il y a péritonite, l'aspect du ventre change : tout l'abdomen est alors soulevé, tendu, d'une sensibilité vive et souvent extrême.

Si, la vessie étant vidée, on pratique une palpation profonde, on arrive ordinairement avec un peu de patience, en écartant les parties molles, à sentir le corps de l'utérus qui plonge dans l'excavation et à percevoir un choc communiqué à cet organe par l'indicateur introduit dans le vagin. On pourra aussi constater quelquefois des scybales dans l' S iliaque au-dessus de l'utérus. Très-rarement le col utérin sera senti au-dessus des pubis. Mais une particularité qu'il ne faut pas oublier, c'est qu'une portion même de l'utérus rétrofléchi peut faire une légère saillie à l'hypogastre et être facilement appréciée par le palper (voir fig. 14). Une pareille disposition en impose facilement pour une grossesse extra-utérine comme on pourra s'en convaincre en lisant les observations relatées à l'article *Diagnostic* et le remarquable cas suivant que j'ai eu l'occasion de suivre jour par jour.

Obs. LXX. — *Rétroflexion de l'utérus à 3 mois de grossesse; tumeur utérine hypogastrique; épistaxis répétées alternant avec les douleurs abdominales; redressement graduel spontané au bout d'un mois; accouchement à terme* (1). — Mme L..., rue des Franchimontois, 25, à Liége, est une femme de 34 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une constitution grêle et de petite taille; elle a toujours été bien réglée; mariée depuis cinq ans, elle n'a jamais été enceinte; elle est employée comme femme d'ouvrage dans une maison de commerce de cette ville; sa santé a toujours été florissante.

Je suis appelé le 15 novembre 1871 pour des douleurs qu'elle éprouve dans le bas-ventre et pour l'impossibilité dans laquelle elle se trouve, depuis quelques jours, d'uriner volontairement; son mari l'a sondée plusieurs fois par jour, sur les indications de M. le professeur N. Ansiaux qu'elle a consulté chez son patron.

L'état de la malade est apyrétique; l'appétit est conservé; les urines troubles, de couleur chocolat-clair, laissent déposer une abondante quantité de matières mucoso-purulentes; les douleurs du bas-ventre sont intermittentes et souvent intolérables; elles empêchent le sommeil. La malade ne se croit nullement enceinte; elle m'apprend qu'il y a cinq mois ses règles ont disparu, son ventre a augmenté de volume et elle a eu des vomissements réitérés; elle a cru alors être enceinte; mais deux mois après, elle a eu une perte abondante qu'elle a considérée comme une fausse couche; six semaines plus tard est survenue encore une espèce de perte, mais moins abondante.

De petites doses de morphine à l'intérieur et des cataplasmes laudanisés

(1) 1re obs. personnelle, inédite.

loco dolenti produisent un amendement grand et rapide, car deux jours après, je trouve l'épouse L... travaillant et ne se plaignant plus guère.

Mais cette amélioration est éphémère et le 23, à 4 heures du matin, je suis de nouveau appelé pour les mêmes symptômes que le 15. Un nouvel interrogatoire plus pressant ne m'apprend rien de nouveau relativement à la grossesse. La malade prétend qu'elle ne peut pas être enceinte puisqu'elle a fait une fausse couche il y a trois mois et que, depuis lors, elle n'a plus eu de rapprochement sexuel (on verra par la suite le peu de valeur qu'on doit accorder à toutes ces affirmations des femmes). Mais on me dit qu'il y a trois semaines environ la miction est devenue difficile et que, peu de jours après, en sautant dans un bateau, la femme L... a senti quelque chose descendre dans le bas-ventre; dès ce moment la marche a été très-difficile et la miction impossible; c'est à ce moment que M. Ansiaux a été consulté.

J'exige alors un examen approfondi. La *vessie étant vidée* et les parois abdominales mises dans le relâchement, je trouve l'hypogastre soulevé et indolent à la pression; en palpant méthodiquement, on sent une tumeur superficielle arrondie dépassant les pubis mais se continuant en arrière dans le petit bassin; cette tumeur ressemble bien à l'utérus distendu, mais elle est beaucoup trop large d'avant en arrière, pour son peu d'élévation, de de plus elle s'étend surtout à gauche où elle est un peu douloureuse. Ni la vulve, ni les membres inférieurs ne sont œdématiés; la coloration des muqueuses génitales est normale. L'indicateur, introduit dans le vagin, rencontre, à 2 centimètres environ, une tumeur arrondie, *à peu près insensible*, lisse, assez résistante, immobile, non fluctuante, aussi grosse au moins que le poing, placée entre le vagin et le rectum qu'elle comprime; la paroi postérieure du vagin est plissée, l'antérieure est un peu tendue; le doigt ne peut pénétrer dans le cul-de-sac postérieur qui est occupé par cette tumeur; mais reporté en avant, il tombe sans trop de difficulté sur le col utérin qui est ramolli, légèrement entr'ouvert et fortement reporté en avant contre la symphyse où il comprime l'urèthre. L'indicateur poussé plus haut dans le cul-de-sac antérieur, en écartant le col, trouve une tumeur qui se continue manifestement avec ce dernier; mais il m'est impossible de distinguer si cette deuxième tumeur n'est que la prolongation de l'autre, ou si elles sont indépendantes. Je prie alors M. le professeur Wasseige de venir voir la malade avec moi. Mais lui non plus ne peut se prononcer; il pense bien que la tumeur du cul-de-sac antérieur est la matrice accolée à la symphyse pubienne et grosse comme à deux mois de gestation, quant à l'autre tumeur, elle lui paraît un peu mobile et indépendante de l'utérus, il émet à son endroit différentes hypothèses, entr'autres celles de tumeur fibreuse et de kyste fœtal extra-utérin, mais sans rien affirmer. Nous tenons la femme dans le repos horizontal et continuons la morphine et le cathétérisme.

Le 25, la malade est affaissée, sans appétit, a mal dormi; elle a uriné un peu seule, étant couchée sur le dos; les douleurs du bas-ventre sont très-fortes.

Le 26, elle est prise au matin d'une épistaxis abondante; le sang est noir

et a une odeur fort désagréable; la face est pâle, le pouls radial déprimé, la respiration courte, oppressée, sans que l'auscultation ni la percussion de la poitrine indiquent rien d'anormal; *les douleurs abdominales ont disparu.* (Tamponnement des fosses nasales antérieures, potion astringente et excitante, vin et bouillon.) Mais la malade continue à être agitée, elle prétend sentir le sang bouillonner dans sa tête et sa poitrine, elle craint d'étouffer. (20 ventouses sèches au haut des cuisses sont appliquées dans la soirée.)

Le 27, le sang a cessé de couler, mais *les douleurs abdominales ont reparu* en partie.

Le 28, l'état général est satisfaisant. La malade a pu encore uriner seule mais avec douleur. Par le toucher et le palper abdominal combinés, il me semble reconnaître la continuité des deux tumeurs senties par le vagin; le toucher rectal également me confirme dans l'idée d'une rétroversion de l'utérus distendu par une grossesse ou toute autre cause;

Le 29, l'amélioration continue; les douleurs du ventre sont tolérables.

Le 30, il me semble reconnaître par le toucher des saillies plus dures appartenant à un fœtus;

Les urines sont toujours purulentes; après la filtration, j'y constate par la chaleur et l'acide nitrique, une petite quantité d'albumine; j'en laisse déposer dans un verre à champagne, et trois jours après, apparaît une couche de kyestéine. Les seins, du reste, n'ont encore éprouvé aucune modification importante.

Le 1er décembre, M. Wasseige revoit la malade avec moi; il croit remarquer que la tumeur a un peu remonté; par l'auscultation abdominale, il lui semble entendre quelque chose qui ressemble aux bruits cardiaques d'un fœtus, et, sans vouloir encore se prononcer, M. Wasseige penche également pour une rétroversion de l'utérus gravide.

Le 3, l'épistaxis reparaît; la femme refusant formellement le tampon, je fais appliquer six sangsues à l'hypogastre, et prescris les astringents à l'intérieur; l'épistaxis disparaît rapidement.

On continue à sonder deux fois par jour, et l'on entretient la liberté du ventre.

Mais le 7, l'épistaxis reparaît et continue malgré les astringents; le 8, nouvelle application de sangsues, suivie de nouveau de la disparition de l'hémorrhagie nasale.

Le 13, nouvel écoulement de sang par le nez; les excitants unis aux astringents sont employés en vain; je n'ose recourir à une nouvelle émission sanguine, car la malade est d'une faiblesse extrême, le pouls est petit et la face décolorée. M. Wasseige voit de nouveau la malade et nous parvenons à lui faire accepter le tampon que nous imbibons de liqueur de Pagliari.

L'hémorrhagie cesse mais les douleurs abdominales reparaissent fort intenses.

Les jours suivants, la malade reprend des forces; il n'y a plus de doute sur la rétroversion de l'utérus; le fond se relève progressivement, et en

touchant tous les deux jours, je constate cette ascension graduelle; bientôt aussi le toucher ne laisse plus de doute sur l'état de grossesse. Les douleurs abdominales existent toujours avec tendance aux épistaxis quand elles cessent pour une journée. Les injections vaginales narcotiques, les frictions de même nature sur le bas-ventre n'amènent pas de soulagement, et l'on ne peut continuer les opiacés à cause de la constipation; le chloral à l'intérieur donne de bons résultats.

Le 31 décembre, la matrice est complétement relevée au-dessus du détroit supérieur et arrive à deux travers de doigt de l'ombilic. L'aréole des seins se fonce et s'élargit; la malade urine seule depuis quelques jours, mais toujours avec quelque douleur; les urines sont encore troubles. L'état général est fort bon.

Le 1er janvier, l'épistaxis reparaît encore, mais elle est rapidement arrêtée par le tampon; en revanche les douleurs abdominales viennent de nouveau tourmenter Mme L...

Le 5, je constate pour la première fois que le col est au centre de l'excavation; il est assez élevé, ramolli dans la moitié de sa portion sous-vaginale, un peu entr'ouvert.

Les jours suivants, la malade va de mieux en mieux; elle ne tarde pas à se lever et à s'occuper un peu dans son ménage.

Le 19, l'épouse L... accuse pour la première fois des mouvements actifs; ce n'est que le 31 que je puis avec certitude constater les doubles battements fœtaux.

La grossesse continue dès lors sans présenter d'autre particularité, si ce n'est que dans les premiers jours des mois suivants, une légère épistaxis a reparu, excepté le 1er mars, qui a été marqué par un petit écoulement de sang par l'anus.

Mme L... a accouché le 11 mai suivant d'un enfant vivant, à terme et du sexe masculin; j'ai fait une application de forceps et ai pu facilement constater un léger rétrécissement du bassin provenant surtout d'une saillie exagérée du promontoire.

J'ai rapporté avec quelques développements cette observation, dont j'ai tenu note jour par jour, à cause des difficultés qu'a présenté le diagnostic de la rétroversion et de la grossesse et ensuite pour bien faire ressortir le nisus menstruel qui dans ce cas a été si remarquable et a produit des hémorrhagies supplémentaires graves, qui supprimées, étaient remplacées par des douleurs hypogastriques plus ou moins violentes.

Dans cette observation, comme dans celle de M. Depaul relatée plus bas, la difficulté du diagnostic est venue de la forme recourbée et insolite de l'utérus qui laissait percevoir en avant une partie de sa paroi antérieure, tandis que son fond était retenu en dessous de l'éminence sacrée.

L'auscultation a peu d'importance, attendu que la rétroversion est un accident de la première moitié de la gestation et que les doubles battements

fœtaux, vu le déplacement, seront plus difficiles encore à percevoir. Le bruit de souffle s'entend fréquemment, mais son importance comme signe certain de grossesse est contestable. Peut-être le métroscope pourrait-il rendre des services, au point de vue de la vraie grossesse, en facilitant la perception des bruits cardiaques et des chocs fœtaux?

L'inspection extérieure pourra encore faire constater un œdème plus ou moins prononcé des membres inférieurs et des parties génitales, le regorgement de l'urine qui a souillé les linges et excorié les grandes lèvres, la partie interne des cuisses, etc. L'anus est parfois entr'ouvert, le rectum prolabé, le périnée saillant, comme au passage de la tête fœtale sur le plancher du bassin. D'autres fois, la vulve est entr'ouverte et laisse voir entre ses lèvres le fond utérin qui fait une saillie plus ou moins considérable. Si le col est recourbé, il peut se présenter à la vulve et se montrer fortement engorgé; dans un cas sa lèvre postérieure seule était visible et formait un bourrelet médian placé entre deux autres constitués par les grandes lèvres infiltrées.

On voit enfin dans certains cas un écoulement assez abondant, suite de l'inflammation de la muqueuse vaginale.

6°. — *Toucher.*

S'il est vrai de dire, avec M. Depaul, que le toucher vaginal est la clef de voûte de la pratique obstétricale, c'est surtout quand il s'agit du diagnostic de la rétroversion qu'éclate la justesse de cette expression.

Les symptômes nombreux et variés que nous avons passés en revue peuvent bien donner des présomptions fort grandes en faveur de déplacements; ils ont même pu suffire dans plusieurs cas, par l'ensemble harmonique de plusieurs d'entre eux, à porter un diagnostic exact; mais leur existence n'autorise jamais à certifier la rétroversion, pas plus que leur absence ne permet de la nier. Le toucher, au contraire, pratiqué par une main exercée, ne laisse subsister aucun doute. Le doigt introduit dans le vagin est bientôt arrêté par une tumeur qui obstrue le passage et est constituée par la matrice; le fond du viscère est au-dessous du promontoire, appuyé sur la première et la seconde pièce du sacrum ou plus bas, selon les degrés énumérés dans l'anatomie pathologique; il peut être hors de la vulve (voir obs. de Mayor et fig. 16 et 18) ou arrêté sur le périnée qu'il fait bomber.

Cette tumeur est globuleuse ou ovoïde à grosse extrémité dirigée en arrière; son volume varie évidemment selon l'époque de la grossesse, il est ordinairement celui du poing quand il y a enclavement; sa consistance est ferme, uniforme, charnue, un peu élastique; quelquefois on sent des sinuosités veineuses à sa surface; pendant les douleurs on constate qu'elle

se durcit sous les doigts pour redevenir bientôt plus molle; d'autres fois la fluctuation y est évidente et sa mollesse est très-grande; dans notre observation XIII, « la tumeur était tellement molle qu'en eût dit une poche de caoutchouc remplie de liquide et se laissant déprimer plutôt que déplacer sous la pression du doigt. » (Voir aussi l'obs. LIII.)

Dans l'observation suivante d'Amussat, le premier médecin avait constaté une « tumeur DURE, arrondie, résistante, grosse environ comme la petite extrémité d'un œuf d'autruche, mais un peu aplatie d'avant en arrière, et paraissant exister dans la moitié supérieure de la cloison recto-vaginale. » Six jours après, Amussat trouva « une tumeur *molle, fluctuante*, qui faisait saillir fortement la cloison recto-vaginale. » On eut dit un kyste rempli d'eau, mais complétement distendu. On peut donc croire que l'infiltration, l'engorgement des parties inférieures de la matrice, en-dessous des points comprimés, est la cause de cette mollesse extraordinaire qui, au premier abord, semblerait exclure l'idée de grossesse.

Voici la très-intéressante observation à laquelle je viens de faire allusion.

OBS. LXXI. — *Rétroversion complète de l'utérus au 3me mois de la grossesse; redressement au moyen d'un doigt introduit dans le rectum. — Récidive à la grossesse suivante ; par* AMUSSAT (1). — Mme S..., 38 ans, avait eu six accouchements heureux dont le dernier remontait à 1834.

Le 17 août 1839, quinze ou vingt jours après les dernières règles, Mme S..., sans se croire enceinte prit la diligence pour se rendre de Paris à Clermont en Auvergne; là, dans la première semaine de septembre, en revenant de se promener dans les vignes où elle avait mangé beaucoup de raisin, elle éprouva presque subitement une douleur aiguë dans le bas-ventre suivie d'une diarrhée qui dura trois ou quatre jours, mais sans vomissement ni nausée.

Le 1er octobre, elle revint à Paris, en diligence, mais sans trop de fatigue.

Le 27 ou 28 octobre, ayant transporté de la Halle chez elle un fardeau de vingt-cinq à trente livres, elle éprouva peu après un malaise général, des vomissements réitérés et un sentiment de pesanteur douloureux dans les reins. Ces symptômes diminuèrent, mais vers le 9 ou 10 novembre, survinrent de la gêne dans l'émission des urines et la sensation d'un corps pesant sur le fondement.

Le docteur Lamouroux fut appelé et soupçonna un avortement; mais il ne pratiqua le toucher que le surlendemain; il reconnut à l'entrée de la vulve et le long de la paroi postérieure du vagin un repli longitudinal épais et au-dessus une tumeur arrondie, dure, rénittente, grosse comme la petite extrémité d'un œuf d'autruche, mais un peu aplatie d'avant en arrière, et paraissant exister dans la moitié supérieure de la cloison recto-

(1) *Mémoires*, obs 1re.

vaginale, car il y avait impossibilité absolue de porter le doigt entre cette cloison et la tumeur. Le doigt pénétrait aisément en avant dans le vagin (dont la paroi antérieure était très-tendue), mais il ne trouva le col qu'à un ou deux centimètres au-dessus de la symphyse pubienne, ce col était difficile à reconnaître, tant il paraissait aplati et pour ainsi dire effacé. Son orifice était dirigé en avant et surtout en haut, de sorte que sa lèvre antérieure, devenue supérieure et presque postérieure, pouvait à peine être atteinte, tandis que l'on touchait aisément sa lèvre postérieure devenue inférieure et presque antérieure. Il était impossible de pénétrer dans l'orifice. Par le toucher rectal, on constatait que la tumeur, tout en existant dans la cloison recto-vaginale, remplissait le petit bassin, de sorte que ce n'était qu'en longeant le sacrum et avec peine qu'on pouvait arriver un peu haut à 10 ou 12 centimètres. Là le doigt était fortement pressé entre le sacrum et la tumeur, qui était évidemment le corps de l'utérus complétement rétroversé et rempli par le produit de la conception arrivé à un peu plus de 3 mois.

Les docteurs Lamouroux et Moynier essayèrent de réduire, mais n'y parvenant pas appelèrent Amussat.

Ce chirurgien vit la malade le 19 novembre : la malade urinait par regorgement; ce qui lui faisait croire que la poche des eaux était rompue et qu'elle allait avorter; elle était au bain et Amussat la faisant soulever au-dessus de l'eau, pratiqua le toucher et reconnut, en arrière, au milieu du vagin, une tumeur molle, fluctuante, faisant saillir fortement la cloison, et repoussant le doigt contre la symphyse. Par le rectum, il sentit également une tumeur molle, fluctuante comme un kyste rempli d'eau mais complétement distendu, occupant une grande étendue en travers, et se laissant déprimer plutôt que déplacer.

Le ventre était très-distendu par une tumeur arrondie et mate, et malgré l'assurance qu'on lui donna que la malade avait rendu chaque jour la quantité ordinaire d'urine, il persista à vouloir sonder : il s'écoula une quantité considérable d'urine et Amussat ne pense pas avoir vu durer aussi longtemps l'émission dans aucun cas de rétention d'urine chez l'homme.

Le diagnostic n'étant pas douteux, on procéda à la réduction. La malade fixa ses mains sur les côtés de la baignoire et ses pieds sur le rebord de la petite extrémité; la tête était soutenue par un aide et le siége appuyé sur un mouchoir dont les deux chefs étaient tenus par le mari. Amussat introduisit un doigt dans le rectum; la tumeur se laissant déprimer comme une vessie ou kyste rempli de liquide, il eut d'abord peur de provoquer une fausse couche; mais réfléchissant que ce dernier accident deviendrait inévitable en cas d'insuccès, il eut plus de hardiesse; il enfonça fortement le doigt le long du sacrum en poussant son coude avec l'autre main et même avec la hanche, de manière à déprimer fortement le périnée. Par cette manœuvre, et en parcourant la tumeur près du sacrum, de droite à gauche et de gauche à droite; en faisant de plus grands efforts d'impulsion, favorisés d'ailleurs par les efforts d'expulsion qu'il invitait la

malade à faire pour faciliter la descente du col, il sentit que le ballon utérin avait franchi le détroit supérieur. Le doigt introduit dans le vagin constata la réduction et repoussa le col en arrière pour la compléter.

On prescrivit des sangsues sur le ventre, des cataplasmes, des lavements émollients et calmants. La malade fut placée sur les genoux et les coudes et dut garder cette position. Mais le lendemain, malgré le soulagement produit par la réduction, la malade était agitée, pommettes rouges, respiration gênée, pouls très-petit à 110, peau sèche. Tous ces symptômes disparurent cinq à six minutes après que la femme eut été couchée sur le dos.

On fit appliquer vingt sangsues à l'aine gauche qui était douloureuse.

On sonda deux fois pendant quatre à cinq jours et bientôt la malade put uriner seule, se lever et marcher.

La grossesse suivit heureusement son cours.

Deux ans plus tard, Mme S..., de nouveau enceinte de trois mois, vint consulter Amussat parce qu'elle éprouvait de la difficulté à uriner et des douleurs dans le bassin. La matrice était en rétroversion et déjà enclavée. Le chirurgien remédia au déplacement à l'aide du même procédé, et obtint, comme la première fois, un succès complet.

Le toucher pratiqué l'année suivante, permit à Amussat de constater que LA MATRICE ÉTAIT A SA PLACE.

La tumeur est ordinairement peu ou point douloureuse, peu sensible; on y constate quelquefois des saillies plus dures appartenant au fœtus et des parties plus molles; des mouvements actifs y sont rarement perceptibles.

En soulevant cette tumeur, on fait souvent couler un peu d'urine; dans les cas d'enclavement très-grand, l'immobilité est complète et on ne peut la déplacer en aucun sens; mais ordinairement on peut lui imprimer de petits mouvements de latéralité et d'élévation. Si l'on donne un choc à cette tumeur vaginale, on constate qu'il n'est pas transmis à celle qui se trouve à l'hypogastre, l'expérience inverse donne un résultat identique : c'est une présomption très-grande en faveur de l'indépendance des deux tumeurs.

Si, la vessie étant vidée, le choc est transmis à une tumeur profonde ou plus ou moins superficielle et peu élevée de l'hypogastre, on peut croire que l'on a affaire à un genre de rétroflexion particulier (v. fig. 14 et observations). Sinon, on devra plutôt considérer la tumeur hypogastrique comme indépendante et formée, par exemple, par l'utérus plus ou moins distendu, tandis que la tumeur vaginale sera, selon les cas, un kyste fœtal extra-utérin, un kyste de l'ovaire, etc. (v. diagnostic).

Il faut toujours, dans les cas douteux, enfoncer profondément les doigts d'une main dans la région hypogastrique et ceux de l'autre dans le vagin ou le rectum, de façon à saisir la ou les tumeurs entre les deux mains.

Chez les femmes d'embonpoint médiocre et convenablement placées, cet examen est plus facile qu'on ne le croirait au premier abord; il demande seulement un peu de patience et d'attention.

La tumeur utérine, qui remplit plus ou moins complétement l'excavation, est placée dans la cloison recto-vaginale et obstrue le vagin; le doigt constate que la paroi postérieure du conduit est relâchée, plissée transversalement, ramollie; la muqueuse forme quelquefois un bourrelet qui fait saillie à la vulve; le rectum entraîné en bas et en avant avec la cloison donne lieu à la rectocèle vaginale.

Pour pénétrer profondément, le doigt s'enfonce en haut et en avant et non, comme d'habitude, en haut et en arrière, à cause de la nouvelle direction du vagin; les parties sont ordinairement chaudes, gonflées, humides; la paroi vaginale antérieure, contrairement à la postérieure, est le plus souvent allongée, lisse, tendue; d'autres fois, on la trouve fortement déprimée par le poids énorme de la vessie (obs. XLIV).

La recherche du col utérin est plus ou moins facile; le plus souvent le doigt ne l'atteint que difficilement, appuyé qu'il est contre la partie interne et supérieure de la symphyse pubienne ou d'une des branches des pubis (latéro-rétroversion).

S'il est plus haut, on doit introduire deux et même quatre doigts pour y parvenir, car dans les cas douteux il est indispensable de le trouver; on y arrive plus aisément en plaçant la femme sur son côté gauche et au besoin sur les genoux et les coudes; l'introduction de plusieurs doigts a réussi à M. Billi (de Milan), mais ne sera pas toujours possible, même chez une pluripare, à cause de la tumeur qui obstrue le passage; on doit alors s'efforcer de la refouler un peu pour faciliter l'examen. Mais la recherche du col n'est pas toujours aussi difficile; on l'atteint souvent, sa lèvre postérieure (devenue inférieure) au moins, avec l'indicateur seul; d'autres fois il est très-bas et même hors de la vulve, fléchi sur le corps de l'utérus. On le trouve plus ou moins ramolli, quelquefois entr'ouvert; dans une observation de Martin il donnait passage à une portion du placenta.

Quand le col continue l'axe du corps, le museau de tanche regarde en avant; si au contraire, il y a rétroflexion, le museau de tanche est dirigé en bas. Dans les deux cas, on doit par le toucher *constater exactement et avec le plus grand soin la continuité du col et de la tumeur* qui bouche le passage en arrière. Le cas est surtout difficile quand il y a flexion; on peut croire quelquefois à une grossesse extra-utérine; il faut alors non-seulement bien apprécier l'angle, mais encore suivre méthodiquement avec le doigt *les côtés du col et de la tumeur*, bien analyser ses sensations et se convaincre de leur continuité ou de leur indépendance. Cet examen demande quelquefois beaucoup d'habileté, d'habitude et d'attention et

nous verrons que les princes de la science ont eux-mêmes été induits en erreur (v. diagnostic).

Dans un cas de Martin, le museau de tanche sortait par la vulve et le col, recourbé en forme de bec d'aiguière, s'était placé au-dessous et un peu au-devant des pubis, pendant que le corps de la matrice se trouvait en arrière, dans l'excavation sacrée, rapproché du périnée.

Ce n'est pas évidemment un nouveau genre de rétroversion ou plutôt de rétroflexion, comme le pensait Martin; il s'agissait simplement d'une courbure singulière de la partie inférieure du col en avant.

On en jugera mieux encore en lisant l'observation :

Obs. LXXII. — *Rétroflexion à trois mois de grossesse, guérison; par* Martin, *jeune, de Lyon* (1). — Mme Percy, âgée de 25 ans, et atteinte d'une descente de matrice depuis sa seconde couche, était enceinte de trois mois quand elle éprouva, après un exercice fatigant, des douleurs dans le bassin et des difficultés pour aller à la selle; après beaucoup d'efforts inutiles pour satisfaire à ces besoins, elle s'aperçut qu'une tumeur, survenue presque subitement, sortait du vagin. Cette tumeur grossit, devint douloureuse et des cuissons s'y faisaient sentir, quand le peu d'urine qui s'échappait de la vessie coulait sur elle; les selles étaient entièrement supprimées.

Martin, appelé trois jours après, le 11 juillet 1810, reconnut une rétroflexion de la matrice, dont le fond était dirigé du côté du rectum et du périnée, tandis que le col, engorgé, douloureux, placé en dehors de la vulve, était relevé, fixé au-dessous et en avant du pubis, et recourbé sur lui-même en forme de bec d'aiguière. Deux doigts relevèrent facilement le fond utérin, et le col rentra alors dans le vagin. Le repos au lit aidant, ainsi que quelques injections et fomentations émollientes, la grossesse marcha dès lors heureusement.

Une disposition également remarquable du col existait chez la femme Crahay (obs. 42) : la lèvre postérieure faisait saillie à travers la vulve, tandis que l'antérieure était refoulée derrière le pubis.

Les grands et petits mouvements imprimés à la tumeur sacrée, soit par l'hypogastre, soit par le rectum, sont communiqués au col.

On peut rencontrer exceptionnellement une *seconde* tumeur dans le vagin, déprimant la paroi antérieure de ce conduit. Tels étaient le 4me cas de Négrier et le 1er de Viricel.

Cette seconde tumeur est formée par le segment inférieur de la vessie qui fait hernie dans le vagin; dans le cas de Négrier, elle était même bilobée et les deux lobes étaient séparés par le canal de l'urèthre tendu. La nature de cette seconde tumeur sera facilement reconnue par sa position,

(1) *Loc. cit.* obs. 10e.

sa fluctuation, sa consistance, sa disparition après le cathétérisme, etc.

Voici la très-intéressante observation que je viens de citer :

Obs. LXXIII. — *Rétroversion à quatre mois de grossesse ; cystocèle vaginale ; écoulement de l'urine pendant la réduction ; succès ; par* Négrier, *d'Angers* (1). — La fermière K..., grande et forte, âgée de 30 ans, a eu, il y a deux ans, un enfant qu'elle a nourri. Arrivée au quatrième mois d'une nouvelle grossesse, elle fit un violent effort pour enlever et faire rouler une brouette fortement chargée; dès lors elle éprouva des douleurs dans le ventre, les lombes et les cuisses, et rendit avec difficulté les urines et les selles.

Le 17 novembre 1853, elle vint consulter Négrier. A ce moment, les évacuations alvines étaient presque complétement suspendues, l'urine ne coulait que goutte à goutte, qu'après de longs efforts et par la pression des mains sur l'hypogastre. La malade avait vomi plusieurs fois des matières bilieuses, la bouche était mauvaise et les éructations *fétides*.

Le palper du ventre et le toucher vaginal firent reconnaître : 1° la présence d'une tumeur *molle* et considérable, derrière et au-dessus de la symphyse pubienne; 2° le renversement de l'utérus en arrière : le fond de cet organe occupait toute l'excavation du sacrum. Une légère pression, en soulevant l'utérus, fit couler un demi litre d'urine. La réduction fut remise au lendemain.

La malade étant couchée sur le dos, les cuisses écartées et relevées, Négrier constata de nouveau la rétroversion et trouva de plus une *poche herniaire* formée par le segment inférieur de la vessie déprimant la portion inférieure de la paroi antérieure du vagin. Cette poche bilobée se vida par l'expulsion de l'urine, lors de l'introduction de la main.

L'opérateur s'attendait à une forte résistance, tant à cause du développement de l'utérus dilaté par une grossesse de quatre mois, que par le temps écoulé depuis l'accident, seize jours. L'utérus, renversé profondément, écartait la paroi postérieure du vagin du plan incliné constitué par le périnée; le globe utérin occupait exactement toute la hauteur de l'excavation pelvienne à partir du quart inférieur de ce canal.

Il repoussa d'abord avec l'extrémité de ses doigts cette portion plus abaissée de l'utérus, afin d'avoir assez d'espace pour loger la main entière, ce qui demanda quelques instants et du soin; puis il ferma la main et la renversa fortement en supination, tout en rangeant le pouce pour qu'il fit suite au plan des doigts; appuyant fortement le coude sur la garniture du lit, pour qu'il devint l'axe du mouvement imprimé à l'avant bras et à la main, il releva ainsi, de bas en haut et d'arrière en avant, l'utérus qui remonta dans le grand bassin par cette première tentative, faite avec *lenteur, persévérance et force*.

Pendant la réduction, les urines coulèrent abondamment; la vessie se vida tout à fait, et fonctionna dès lors normalement. Plusieurs cuillerées

(1) Négrier, *Mémoire*, obs. 4me.

d'huile de ricin déblayèrent les intestins. La grossesse continua et l'accouchement fut normal.

Dans les cas ordinaires, les doigts, poussés suffisamment au-dessus de la symphyse pubienne, constatent un vide en arrière quand ils ont franchi le museau de tanche (rétroversion) ou le col (rétroflexion); en avant ils arrivent jusqu'à la paroi abdominale et leur extrémité peut être sentie par l'autre main appliquée sur l'hypogastre.

Dans le cas de rétroflexion spéciale, sur laquelle j'attire l'attention d'une manière toute particulière (v. fig. 14), si l'on introduit le doigt un peu profondément en avant, en écartant le col des pubis, on sent parfaitement une tumeur qui fait suite au col et fait bomber l'hypogastre; c'est la matrice sans nul doute; mais il s'agit de savoir si la tumeur postérieure plus volumineuse qui occupe la concavité sacrée et obstrue le vagin en arrière, est le fond et une partie du corps de la matrice, ou bien si elle est constituée par un kyste extra-utérin, par une tumeur adhérente à la matrice, par une tumeur de la cloison, etc. Ce cas est difficile. Celui que j'ai rencontré (voir obs. 70) m'a laissé quelques jours dans le doute, ainsi que mon habile confrère. MM. Depaul, Bailly, Tarnier et Nélaton avaient diagnostiqué une grossesse extra-utérine dans des conditions semblables (voir plus loin) et c'est également la première idée qui nous vint. Outre l'existence de la grossesse, il faut constater la continuité du col avec les deux tumeurs, surtout par les mouvements communiqués, et, par la palpation profonde de l'hypogastre, découvrir la forme spéciale de la matrice (v. pour le cathétérisme utérin et d'autres détails l'article Diagnostic.)

Le toucher rectal beaucoup moins employé et plus répugnant que le toucher vaginal, est indispensable dans les cas un peu douteux de rétroversion; tous les auteurs s'accordent à en reconnaître ici la nécessité.

Le doigt introduit dans l'anus rencontre à peu de distance, 2, 3, 4 centimètres, la tumeur déjà décrite; il en apprécie même plus facilement les caractères et constate son défaut d'adhérence en arrière à la cloison recto-vaginale. Il est bon d'introduire simultanément un doigt dans le vagin et un autre dans le rectum; en ayant ainsi la tumeur entre deux doigts, on saisit plus exactement les signes que nous avons notés.

Quelquefois la fluctuation produite par le liquide amniotique est plus appréciable d'un côté que de l'autre; on a trouvé là une indication pour les cas de ponction utérine, qu'on pratiquera par le vagin ou le rectum, selon qu'on sentira mieux par l'une ou l'autre voie cette fluctuation.

En suivant le sacrum, on peut se faire une idée bien exacte du fond de la tumeur; on constate l'aplatissement, la compression du rectum; on a

quelques données sur la forme de la paroi postérieure du petit bassin, et l'on peut même quelquefois, s'il n'y a pas compression trop grande, porter ses investigations au-dessus de la tumeur jusqu'au promontoire (Amussat, Simon de Heidelberg, etc.).

Enfin, par le toucher il faut s'efforcer de constater s'il n'y a pas des adhérences et de quel côté elles sont le moins résistantes; on aura ainsi des indications précieuses si le redressement artificiel devient nécessaire. (V. traitement).

CHAPITRE VI.

Pronostic, marche, durée, terminaison.

Deux cas doivent être distingués selon que la rétroversion est antérieure à la conception ou qu'elle se produit pendant la grossesse.

Si l'utérus est primitivement rétroversé ou rétrofléchi et que la conception se fasse, c'est que les lésions, compagnes fréquentes de ce déplacement, ne sont point très-marquées; le pronostic est donc alors assez favorable; mais il est bon de rappeler que l'engorgement des parois utérines, que l'endométrite, que la stase veineuse sont faciles à arriver ou à augmenter par suite de quelque cause occasionnelle. Les femmes doivent être tenues en observation et soumises à un traitement prophylactique, sinon l'avortement pourra survenir *avant même qu'il y ait enclavement*, et avoir un effet des plus défavorables sur les lésions utérines antérieures.

Le pronostic relativement à l'enfant, est d'autant plus sérieux que souvent le praticien n'est appelé que quand la fausse couche est imminente... ou déjà faite, ainsi qu'il m'est arrivé de le constater dans deux cas récents.

Dans le premier, chez la dame M..., rue du Pont, à Liége, il s'agissait d'une grossesse de deux mois et demi; le premier enfant était venu à terme et, dans cette seconde grossesse, l'avortement survint sans cause connue, mais sans présenter de signes spéciaux; je fus appelé parce que la délivrance n'était pas faite deux jours après la sortie de l'embryon; je trouvai le corps utérin renversé en arrière dans la courbure sacrée, peu douloureux et un peu engorgé; l'arrière-faix fut expulsé le lendemain et la dame fut bientôt sur pied; mais l'utérus est toujours en rétroversion.

Le second concerne une jeune fille de 21 ans, accouchée trois ans auparavant et ayant eu une fausse couche l'année dernière; à cette époque il n'y avait aucun déplacement. En juillet 1875, enceinte de nouveau de deux mois et demi environ, une nouvelle fausse couche se déclara spontanément; une perte sérieuse ayant eu lieu deux jours après la sortie de l'em-

bryon, je fus appelé ; je constatai que l'utérus était en rétroflexion ; le corps dur, douloureux, engorgé, était sous le promontoire, au niveau de la seconde et de la troisième pièce du sacrum ; le col se trouvait en avant contre les pubis, mais infléchi vers le bas, mou, entr'ouvert. Il n'y avait aucun trouble urinaire notable, ni constipation exceptionnelle. Les suites furent des plus simples et, peu de jours après, la malade avait repris ses occupations ; elle prétendait ne plus rien sentir d'anormal et je ne pus ainsi constater dans quel état se trouvait l'organe.

Dans d'autres cas, dont la fréquence est difficile à constater, l'utérus se redresse peu à peu par le fait de son développement ; la grossesse arrive à terme.

D'autres fois, l'organe n'a aucune tendance à se dégager ou ne peut franchir la ceinture pelvienne pour une des causes que nous avons examinées dans l'étiologie ; il s'enclave donc, à moins que sa paroi supérieure ne se développe assez pour fournir à son ampliation (fig. 2).

Quand il y a enclavement, je dirai avec M. Depaul et la plupart des auteurs sérieux, que c'est toujours un accident important qui réclame toute l'attention des praticiens.

Denman prétend qu'on regarde à tort la rétroversion comme un cas très-dangereux ; aucun praticien expérimenté, dit-il, ne se trouve embarrassé du pronostic, pourvu qu'il soit appelé près de la malade avant qu'elle ait essuyé des maux réels. Cette dernière proposition peut être regardée comme vraie ; malheureusement on n'est pas toujours appelé au début des accidents et alors le pronostic doit être réservé et peut même être grave, comme le dit Cazeaux mais d'une manière beaucoup trop générale.

Toutes choses égales d'ailleurs, le pronostic sera d'autant plus grave pour la mère et pour l'enfant qu'on aura tardé plus longtemps d'appeler le médecin ; en effet, les parois utérines s'engorgent, la rétroversion s'exagère par la pression de la vessie et des intestins et par les contractions expulsives des muscles abdominaux ; d'où réduction et cathétérisme plus difficiles, inflammation des organes (utérus, vessie, intestins, péritoine) plus probable.

La rétention d'urine mérite une grande attention ; c'est même, d'après Denman, le seul fait important ; c'est sans aucun doute, le plus sérieux dans la grande majorité des cas, puisqu'il est prouvé (voir traitement) qu'en vidant la vessie et le rectum, on peut même souvent obtenir la réduction spontanée de l'utérus.

On comprend que le pronostic est plus ou moins sérieux selon les altérations des organes, selon que le cathétérisme est plus ou moins facile ou possible, selon l'état de l'urine.

La rétroversion est d'autant plus grave qu'elle se produit à une époque

plus avancée de la grossesse (l'obs. de Bartlett, si on veut l'admettre comme rétroversion vraie, est en contradiction avec ce principe); car la compression est immédiatement portée à un plus haut degré et la réduction plus difficile; la cause a dû être aussi plus violente et, par conséquent, a ébranlé d'autant plus les organes.

La rétention des matières fécales, la tympanite sont moins importantes; les vomissements fécaloïdes demandent une prompte intervention; mais ce sont surtout les symptômes généraux et les signes graves de péritonite et de cystite qui doivent éveiller la plus grande attention; il est inutile d'insister sur ces complications.

Les douleurs expulsives violentes rendent le pronostic dangereux pour l'enfant, puisque l'avortement est à craindre; inutile d'insister non plus sur la dilatation du col, l'hémorrhagie utérine, la rupture des membranes. On a vu cependant un commencement de dilatation du col et une métrorrhagie légère ne pas être suivis d'avortement; il ne faut donc pas désespérer trop tôt.

Je n'ai pas à revenir sur la rupture de la vessie ni sur les signes qui l'annoncent.

La *marche* de la rétroversion pendant la grossesse est tantôt rapide, tantôt lente; on pourrait, à ce point de vue, parler d'une rétroversion aiguë et d'une autre chronique, et la première ne correspond pas toujours à la forme subite de l'étiologie; il arrive parfois, en effet, qu'un accident donne lieu tout à coup à la rétroversion, les symptômes sont peu prononcés, s'aggravent insensiblement, la marche est chronique, malgré le début franchement rapide; cela se comprend très-bien lorsque, par exemple, le déplacement a eu lieu à une période peu avancée de la grossesse. Mais la forme lente de l'étiologie donne toujours suite à une marche chronique.

La rétroversion à marche chronique n'est possible que si la rétention de l'urine et des fèces n'est pas complète, sinon les accidents sont aigus et les symptômes généraux se montrent au bout de peu de jours et quelquefois au bout de peu d'heures si la rétention est tout à fait complète.

D'autres fois, la marche aiguë est produite par des lésions graves, comme la rupture de la cloison recto-vaginale dans les observations de Grenser et de Mayor; dans ce dernier cas, la mort arriva dans la nuit du jour où eut lieu le déplacement. Bien opposée est l'observation de Macléod : un accident donne lieu à la rétroversion au quatrième mois; les symptômes s'aggravent peu à peu, le fœtus meurt vers six à sept mois et la femme succombe au dixième seulement.

Les cas intermédiaires sont les plus fréquents; la mort survint, dans l'observation de Reynick, quatorze jours après l'accident; dans celle de Hunter et de Wall, le neuvième jour; dans celle de Lynn, le huitième; etc.

La femme vue par Wltczeck était au milieu du troisième mois quand survint le déplacement; elle mourut, deux mois après environ, par suite de cystite ulcéreuse.

Catherine Holling était malade depuis un mois et demi et enceinte de trois mois et demi environ, quand elle entra à l'hôpital de Louvain; les symptômes étaient à ce moment excessivement graves, et, malgré la ponction de la matrice, la femme succomba à la cystite gangréneuse et à la péritonite.

Claudine Bourget mourut au cinquième mois de cystite et de péritonite; les phénomènes morbides avaient commencé au deuxième mois de la grossesse; etc., etc.

On ne peut donc assigner à la rétroversion une durée même approximative, qui est, du reste, profondément modifiée par le mode et le résultat du traitement employé.

La *terminaison* est plus importante à étudier.

La rétroversion de l'utérus pendant la grossesse peut se terminer :

1° Par la réduction spontanée de l'organe.

2° Par la réduction artificielle.

3° Par l'avortement.

4° Par la mort de la femme.

5° Par un développement spécial de la matrice que j'ai examiné dans l'introduction et sur lequel je ne reviendrai pas (rétroversion partielle, obliquité postérieure).

6° Par élimination des débris fœtaux par le vagin ou le rectum (*Voir* anat. path.).

a. Merriman a rassemblé plusieurs faits pour prouver que cette dernière terminaison est possible, mais, ainsi que nous le verrons au diagnostic, on ne peut affirmer que l'on ait eu affaire à de vraies rétroversions, et Dewees, ainsi que Boivin et Dugès, ont prétendu que tous les cas décrits par Merriman se rapportaient à des grossesses extra-utérines. Dans le cas de Kelson, cité par Burns, les urines et les selles étaient supprimées à la dixième semaine; quinze jours après, l'obstacle disparut, l'utérus fut trouvé en place; au neuvième mois, le travail s'établit en vain, et, dans la suite, l'enfant fut expulsé par l'anus; la grossesse extra-utérine fut ainsi démontrée.

Dans les cas de White, de Harriet et de Collins, les symptômes ressemblaient beaucoup à ceux de la rétroversion, et le diagnostic de grossesse extra-utérine ne put être posé que par le résultat.

Dans un cas de Merriman, l'élimination eut lieu par le vagin; mais, de même que pour les observations de Cammel et de Barnum, et pour celle plus récente de M. Guichard, on ne peut affirmer qu'il s'agissait de rétroversion.

Dans le cas du docteur Collins, la tumeur pouvait être facilement soulevée au-dessus du bassin, mais y retombait promptement; les symptômes se rapprochaient de ceux de la rétroversion : à l'autopsie l'utérus fut trouvé sain, mais il y avait dans le bassin une poche d'où s'était échappé un fœtus de deux mois.

Dans le cas de Harriet, la dysurie fut le symptôme prédominant; dans celui de Whyte, les symptômes ressemblaient beaucoup à ceux de la rétroversion, et le résultat seul prouva qu'il s'agissait d'une grossesse extra-utérine.

Dans le cas de Cammel, il n'y avait qu'une tumeur entre le vagin et le rectum, mais l'orifice utérin était dirigé en haut et en avant.

La malade du docteur Barnum, après quelques imprudences au troisième mois de la grossesse, éprouva de la douleur, accompagnée d'un écoulement aqueux et d'un peu de sang (ce qui démontre, dit Burns, que l'enfant était dans l'utérus). Elle éprouva du soulagement à cette époque; mais le mois suivant (novembre) la douleur revint et on sentit l'orifice utérin dirigé vers le pubis et le fond vers le sacrum. Tous les efforts pour réduire la matrice échouèrent, la suppuration s'établit et des os fœtaux furent expulsés par l'anus. La femme mourut au mois de mars. Barnum rapporte ce fait à une grossesse extra-utérine; d'après Burns, au contraire, c'est une rétroversion caractérisée sous tous les rapports, excepté la rétention d'urine.

Voici enfin l'observation de Merriman: M^me^ F..., enceinte de cinq mois, éprouva une frayeur soudaine et sentit comme si ses organes étaient tournés sens dessus-dessous. Les symptômes toutefois n'étaient pas très-aigus, car elle urinait dans les derniers mois de sa grossesse, quoique avec peine et quelque difficulté. Le 16 juin, elle eut quelques douleurs et un écoulement séreux. On ne pouvait sentir l'orifice utérin, mais on constatait une énorme tumeur semi-globulaire, à la partie postérieure du vagin, se dirigeant en bas vers le périnée. Les douleurs amenèrent de la fièvre et des convulsions. La saignée et un lavement la soulagèrent, mais les douleurs continuèrent, modérées et régulières pendant deux-trois jours; l'urine et les matières fécales pouvaient passer. Le 20, on ne pouvait sentir le col utérin, mais le lendemain on aperçut une substance charnue, épaisse, aplatie, qui descendait dans le vagin, et bientôt après l'utérus rentra dans sa position normale. Ce corps se trouva être le crâne de l'enfant composé d'os désarticulés; on retira l'enfant et le placenta; la mère se rétablit.

Quant à l'observation de M. Guichard, je l'ai rapportée au n° LX, et, quoiqu'elle laisse aussi certain doute, on doit admettre la possibilité de cette terminaison.

b. La réduction spontanée est possible, même sans aucun traitement,

mais ne doit jamais être espérée. Le traitement de Denman (position aidée du traitement symptomatique) doit même être suivi avec circonspection et seulement dans des cas spéciaux que nous tâcherons de déterminer, sinon les accidents les plus graves peuvent en être la suite, ainsi que le démontre déjà l'observation suivante :

Obs. LXXIV. — *Rétroversion traitée d'abord par la méthode de Denman et dont on laisse s'aggraver tous les symptômes; prolapsus consécutif; vains efforts de réduction ; avortement, mort, par* M. Courtois, *de Coulomniers* (1). — Mme X..., 25 ans, primipare, enceinte de trois mois et demi, petite, peu forte, mais bien conformée, n'ayant jamais été malade, ressentit en lavant une douleur vive dans l'abdomen, suivie aussitôt d'un écoulement d'eaux assez considérable, qui dura quelques jours. Le médecin ordinaire reconnut une rétroversion de la matrice, appela un consultant, et on décida d'abandonner la malade aux ressources de la nature, en ayant soin de la sonder quatre fois par jour et d'entretenir la liberté des selles. Mais le mal fit des progrès rapides; et, cinq jours avant l'arrivée de M. Courtois, la malade, en se retournant dans son lit, sentit un craquement violent dans le bas-ventre. L'état devenant inquiétant, M. Courtois fut appelé le 18 août 1864, un mois après le début des accidents, et constata ce qui suit : malade au lit dans le décubitus dorsal; face pâle, fatiguée, souffrante; langue blanche; peau chaude, sèche; soif vive; dents et gencives fuligineuses, inappétence; hoquet continuel, tendance aux syncopes. Pouls petit, dépressible, encore régulier. Ventre très-sensible, surtout aux régions iliaques, moins à l'hypogastre où l'on sent parfaitement la vessie distendue par l'urine. La sonde en gomme entre difficilement et doit être introduite à une très-grande profondeur : elle retire un liquide brun-verdâtre, épais, d'une odeur très-fétide, assez analogue à celle de la gangrène humide (du sang presque pur a été uriné, paraît-il, il y a quelques jours). Efforts continuels et immodérés d'expulsion du côté du rectum. La rétention des matières fécales est complète, les gaz passent difficilement; aussi y a-t-il ballonnement même assez marqué du ventre.

Le toucher rectal permet de reconnaître une tumeur dure, volumineuse, arrondie, qui remplit toute la concavité du sacrum, en s'appuyant sur le périnée et l'anus, qui font saillie en dehors. Le rectum est aplati comme un ruban. En avant, la vulve dilatée donne passage au col de l'utérus, qui, gonflé, ramolli, sort de deux travers de doigt au dehors; il ne s'en écoule aucun liquide. Le col a donc été poussé en bas par les efforts d'expulsion, car l'examen du premier médecin l'avait trouvé inaccessible au toucher et remonté derrière la symphyse pubienne. Actuellement, il y a donc rétroversion et prolapsus de l'utérus.

Considérant que la mort arriverait fatalement sans une intervention active, M. Courtois, malgré l'état très-grave de la malade, voulut tenter la réduction. En attendant, cataplasmes laudanisés sur le ventre pour calmer

(1) *Gazette des hôpitaux*, 8 décembre 1864.

les douleurs, sulfate de quinine, extrait de quinquina pour relever les forces. Deux jours après, la malade est plus calme, et M. Courtois, sollicité par la famille, entreprend de réduire.

La vessie et le rectum étant vidés, la malade est placée dans la position indiquée par M. Godefroy, de Rennes; il introduit quatre doigts dans le rectum et essaie par deux fois de refouler le fond utérin, mais ces essais ne peuvent durer plus d'une minute chacun, car ils amènent presque deux syncopes; craignant de voir la femme expirer entre ses mains, M. Courtois s'arrête, résolu de pratiquer dès le lendemain l'avortement.

Dans la soirée, quelques douleurs se font sentir et la fausse-couche ne tarde pas à s'effectuer d'elle-même. La malade se sentait très-bien, quand, vers midi, elle fut prise d'une faiblesse subite et mourut avant qu'on ait eu le temps de lui porter secours.

c. Selon tous les auteurs, l'avortement est une terminaison fréquente de la rétroversion; c'est par ce moyen que la nature échappe le plus souvent aux dangers de l'enclavement. Il est probable, ainsi que je crois l'avoir démontré, que cette terminaison est la plus fréquente et que le déplacement reste alors souvent méconnu.

d. Je crois inutile d'insister sur les causes et les complications qui entraînent la mort de la femme; il me suffira de citer la cystite (inflammatoire, ulcéreuse, gangréneuse), la péritonite, la métrite, la gangrène et la rupture des parties, l'arrêt des matières intestinales, l'urémie, le choc nerveux, la marasme, etc.

e. Après l'accouchement il est dangereux que l'utérus ne reprenne sa position vicieuse, si elle existait avant la conception, à cause de l'état des ligaments et des modifications organiques qui existent d'habitude à l'endroit de la brisure dans le cas de rétroflexion; il faut donc prendre des précautions spéciales dans les suites des couches. Cependant dans des cas heureux une grossesse conduite à bon terme peut guérir un déplacement antérieur.

Si la rétroversion s'est produite subitement surtout, l'avortement même pourra ne pas être suivi d'un déplacement persistant, ainsi que le prouve l'observation suivante.

Obs. LXXV. — *Rétroflexion suivie d'avortement à deux mois de grossesse; retour graduel de l'utérus à sa position normale* (1). — M^lle^ D..., âgée de 23 ans, déjà accouchée une fois antérieurement, a été réglée fort peu (une heure seulement) le 19 août 1875; le 9 octobre suivant, au matin, elle fit une chute d'un mètre de hauteur; elle lessiva cependant encore pendant deux heures, mais, sentant de la pesanteur dans les reins et les cuisses, comme d'habitude à l'approche de ses règles, ne se croyant pas du reste enceinte, elle prit de l'aloès pour faciliter l'éruption cataméniale. Vers deux heures

(1) Observation personnelle inédite.

de l'après-diner, de violentes douleurs de ventre, prises pour des coliques, apparaissent, en même temps que du sang en quantité notable. Ces symptômes s'aggravant, on me fait chercher à huit heures du soir.

Je constate alors que le fond utérin gros comme une poire, dûr, douloureux, se trouve renversé en arrière dans la courbure sacrée immédiatement sous le promontoire; le col est en avant, en haut du vagin, près de la partie interne et supérieure du corps du pubis, infléchi vers le bas, caché par une masse mollasse, spongieuse, dont la partie supérieure pénètre encore un peu dans l'ouverture du col qui est gros et dilaté. Avec deux doigts j'amène cette masse spongieuse; puis pressant sur le fond et tirant le col vers le bas, je parviens à relever le premier plus ou moins complétement et à ramener le second au centre du vagin; je ne puis pas faire de grands efforts sur le corps utérin, à cause de la douleur que cette manœuvre occasionne.

Le corps extrait est l'œuf; les membranes sont déchirées (les eaux se sont écoulées vers midi, d'après la malade); l'embryon est resté attaché à l'arrière-faix; ce dernier forme une poche plus ou moins arrondie, mamelonnée, constituée presque toute entière par de la substance placentaire, excepté à l'endroit où elle est ouverte et qui paraît plus membraneux; on dirait un sac charnu, mais l'aspect et la texture aréolaire sont bien ceux du placenta; deux caillots sanguins noirs et résistants y adhèrent fortement. En retournant ce sac à la façon d'un doigt de gant, on voit la face interne ou fœtale, lisse, avec quelques veinules apparentes; au milieu s'implante le petit cordon ombilical. La masse placentaire pressée et arrondie a le volume d'une grosse noix. Le cordon est long de 5 à 6 centimètres, non contourné, laissant par transparence voir ses vaisseaux. L'embryon *étendu* est long de 3 1/2 centimètres, ses membres sont très-distincts, les doigts et les orteils sont bien visibles et séparés; les yeux sont constitués par deux gros points noirs. Le cordon s'insère au bas de l'abdomen; on ne peut encore distinguer le sexe; le foie est énorme et paraît remplir presque tout le ventre; les intestins sont peu distincts. Tout l'embryon se réduit facilement en bouillie; il a de huit à dix semaines. (Potion antispasmodique laudanisée.)

Le 10 et 11. Etat excellent, plus de pertes; lochies sanguines ordinaires.

Le 12. Par le toucher, je retrouve l'utérus en rétroflexion, mais moins dur et moins douloureux; le col est revenu en avant; il est gros, mou, entr'ouvert largement, admettant l'indicateur qui trouve encore quelques petits caillots engagés dans son intérieur. (Potion avec 6 grammes d'extrait d'ergot.)

Les jours suivants, l'état général est bon, mais il y a un peu de métrite.

Le 16, la malade se lève un peu et a bon appétit.

Le 18, je sens le col au centre du vagin; le corps utérin est difficile à atteindre quoique toujours penché en arrière; il est moins dur, peu douloureux; les urines sont faciles, les selles rares (5 centigrammes de podophyllin chaque soir); quatre pilules de 0,10 de lactate de fer et d'extrait de

gentiane par jour, pour combattre l'anémie habituelle de la malade.

Le 23. Le corps utérin est presqu'inaccessible, même avec deux doigts poussés le plus loin possible.

Les jours suivants, tout rentre dans l'état normal.

f. En récapitulant toutes les observations qui font la base de ce travail, j'arrive au résultat suivant :

Dans cent-vingt observations de rétroversion ou de rétroflexion, comprenant cent-trente-huit cas, quarante-sept fois l'avortement survint (les huit avortements provoqués compris) et vingt fois la femme succomba ; quatre-vingt-huit réductions manuelles ou instrumentales ont été suivies onze fois de l'avortement, c'est-à-dire UNE FOIS SUR HUIT.

Ces chiffres ont une importance qui n'échappera à personne ; je n'ai pu y faire entrer certaines observations, telle que la trente-cinquième où il est question de six avortements qu'on peut attribuer à des rétroversions non traitées.

CHAPITRE VII.

Diagnostic.

Le diagnostic et le traitement constituent, sans contredit, les deux chapitres les plus importants de la rétroversion utérine pendant la grossesse.

S'il faut en croire certains auteurs (Lacroix, Elleaume, etc.), le diagnostic est ordinairement facile, car il se base d'une part sur des symptômes de compression, et de l'autre sur des signes de déplacement qu'on peut constater par les touchers vaginal et rectal.

Il faut cependant bien prendre garde; car les symptômes de compression ne sont nullement pathognomoniques, puisqu'ils peuvent être produits également par différentes tumeurs de l'excavation; et le toucher, même pratiqué par les mains les plus habiles, a pu confondre avec une rétroversion, une hématocèle rétro-utérine, un kyste fœtal extra-utérin, etc. Ces erreurs, qui, comme nous le verrons, ont été commises par les princes des accoucheurs, commandent dans toutes les circonstances la plus grande circonspection et imposent, surtout dans les cas difficiles ou douteux, l'obligation formelle d'examiner localement avec la plus scrupuleuse attention, de bien se rappeler les modifications que nous avons signalées, enfin de s'entourer de l'avis des spécialistes les plus éminents.

On peut cependant dire qu'en général on reconnaîtra la rétroversion sans de grandes difficultés, que l'accident ne restera pas méconnu, qu'on ne le confondra jamais avec d'autres maladies, si l'on examine consciencieusement toute femme enceinte qui, dans les deux ou trois premiers

mois, présente des symptômes anormaux, surtout du côté du bassin; les exemples de MM. Stoltz et Mattéi (obs. 24, 65) doivent, dans ces cas, engager l'accoucheur à toucher attentivement et, comme ces derniers praticiens, il reconnaîtra quelquefois un déplacement dont les symptômes sont encore peu prononcés, mais qui, en définitive, peuvent devenir plus importants et peuvent, du reste, toujours compromettre la continuation régulière de la grossesse et, par conséquent, la vie de l'enfant. Le bonheur d'un jeune ménage, l'existence d'un être, sont, dans ces cas, entre nos mains, et nous ne devons jamais oublier la grande, l'immense responsabilité qui nous incombe, tant au point de vue scientifique que social.

Pour M. Saboia, « par le simple fait qu'une femme ne peut uriner et a des envies constantes d'aller à la selle, le praticien ne doit pas se croire tenu à un examen physique minutieux, car à la vue seule on reconnaît l'augmentation de grosseur du ventre, et si la rétention date de quelques jours, on sentira la fluctuation. » Mais je préfère de beaucoup l'avis de M. le professeur Depaul et de M. le docteur Lizé, rapporté précédemment, avec preuves à l'appui. C'est la vraie conduite du praticien soucieux de ses devoirs.

Il faut donc insister, et insister vigoureusement, pour procéder à l'examen local lorsque l'on suppose qu'il pourrait bien exister quelque déplacement de la matrice. On doit se rappeler que la rétention d'urine peut manquer quand le col est dévié à droite ou à gauche ou bien qu'il est fléchi de façon à ne pas comprimer l'urèthre; la constipation également peut faire défaut; l'hémorrhagie, les douleurs expulsives peuvent faire croire à un avortement ordinaire. Si les urines coulent par regorgement, la vessie peut être très-distendue et la malade prétendre qu'elle n'éprouve rien de particulier du côté des voies urinaires; on a alors d'autant plus de peine à lui persuader que le cathétérisme est indispensable et le toucher de rigueur.

Dans tous ces cas, le praticien devra tenir un langage ferme, et faire comprendre à la malade les dangers qu'elle court en ne se soumettant pas à un examen approfondi.

La rétroversion à marche lente ne pourra ainsi échapper à l'examen du praticien attentif, et ce dernier ne la laissera jamais arriver à une période ultime. Si le déplacement se fait subitement, la cause des accidents, la rétention d'urine soudaine et qui devient complète rapidement ou en peu de jours, la constipation opiniâtre, les douleurs de différentes natures, le ballonnement particulier du ventre, quelquefois l'œdème de la vulve et des membres inférieurs et les vomissements, la situation du col en avant, sa *continuité* en arrière avec une tumeur arrondie, volumineuse, régulière qui occupe la concavité sacrée, obstrue le vagin et le rectum, et présente

tous les caractères d'un utérus en gestation (spécialement celui de durcir sous la main) ; par suite le soulèvement, le plissement de la paroi postérieure du vagin, la tension de la paroi antérieure, le changement de direction du conduit, la position anormale du méat urinaire, tels sont, en résumé, les signes rationnels et sensibles qui feront reconnaître sûrement la rétroversion de l'utérus gravide.

Nous n'avons pas à revenir sur tous ces signes et leurs modifications, qui nous ont longuement occupés ; mais ce serait peut-être le lieu de dire quelques mots du diagnostic de la grossesse. Ce sujet devrait malheureusement nous entraîner trop loin, et je me contenterai de rappeler les quelques points suivants :

1° Avant quatre mois et demi, époque après laquelle la rétroversion est exceptionnelle, les signes certains de la grossesse existent rarement.

2° Les signes auxquels on a *le plus souvent* recours alors sont : suppression des règles, troubles nerveux, spécialement gastriques, modifications des seins, leur gonflement, saillie des mamelons, coloration de l'aréole, tubercules de Montgomery, kyestéine dans les urines, légère tumeur hypogastrique (troisième mois), augmentation du volume et du poids de la matrice, ramollissement spécial du col.

3° Le bruit de souffle qu'on peut entendre vers le troisième mois, ne caractérise pas la vraie grossesse ; quelle que soit l'explication qu'on en admette, il est évident que ce bruit peut aussi bien être engendré par une grossesse molaire ; on l'entend du reste même dans certains cas de tumeurs abdominales.

4° M. Depaul prétend avoir entendu les doubles battements fœtaux à trois mois et demi de grossesse, et une fois même à la fin du troisième mois. A la fin du quatrième mois, il déclare qu'on entend souvent le bruit dont il s'agit. Malheureusement, ce moyen infaillible de reconnaître la vraie grossesse ne peut pas être utilisé quand il y a rétroversion. Il faudrait alors employer le métroscope de Nauche ou un sthétoscope courbé *ad hoc*. Je crois que c'est ici une vraie indication de cet instrument si peu en faveur, et qu'il pourrait rendre, dans les cas douteux, de grands services.

5° Le dernier instrument dont je viens de parler, pourrait servir également dans les cas de rétroversion, à percevoir les bruits qui proviennent des mouvements actifs du fœtus et qu'on entend souvent, selon M. Depaul, à la fin du troisième mois surtout en exerçant sur l'utérus, avec le stéthoscope, des pressions qui semblent exciter le fœtus d'une façon désagréable.

Le docteur Vérardini a même avancé, dans un mémoire lu en 1873 à l'Académie de médecine de Bologne, sur l'auscultation intra-vaginale, que,

dès les premiers mois de la grossesse, un bruit caractéristique parviendrait aisément à l'oreille de l'observateur, en pressant légèrement le stéthoscope sur le col de l'utérus.

Le docteur Rasch prétend (*Obstetrical journal*, Londres, 1873) que par l'exploration bimanuelle on peut constater la grossesse commençante (troisième mois) en produisant la fluctuation au moyen des doigts enfoncés dans l'hypogastre; la sensation serait perçue par le doigt introduit dans le vagin sur un des points de la surface accessible de l'organe. Quand il y a rétroversion, pourrait-on arriver au même résultat en touchant à la fois par le vagin et le rectum? Je pose la question sans oser la résoudre.

6° La disparition subite des règles chez une femme ordinairement bien menstruée, l'apparition de quelques troubles sympathiques ordinaires à la gestation, certaines modifications des seins, la présence de la kyestéine dans les urines d'une femme bien portante, qui présente d'autres signes rationnels de grossesse, les modifications du corps et du col utérins, enfin un *ensemble* de symptômes bien connus constituent fort souvent, en faveur de la vraie grossesse, des présomptions qui sont bien près de la certitude. Cette dernière ne sera toutefois absolue que si l'accoucheur entend les doubles battements ou les bruits de chocs fœtaux ou s'il les perçoit par le toucher vaginal ou rectal.

Les mouvements que la femme peut avoir sentis doivent être pris également en sérieuse considération; mais le bruit de souffle ne peut rien résoudre. Le ballottement et la reconnaissance par le toucher de saillies fœtales à travers les parois de la tumeur démontrent certainement la présence d'un produit de conception, mais ne disent rien de son état de santé ni de l'endroit où il se trouve; la sensation de ballottement peut même être donnée par une tumeur polypeuse.

La rétroversion de la matrice gravide peut être confondue facilement avec le même déplacement survenant à un utérus distendu par différentes causes; elle doit surtout être distinguée de plusieurs affections du bas-ventre, de diverses tumeurs du petit bassin, dont quelques-unes ont avec elle la plus grande ressemblance. Le traitement étant souvent complétement différent, il importe au plus haut point d'établir un diagnostic aussi précis que possible. Je vais donc passer en revue les cas qui peuvent en imposer, ne parlant bien entendu que de ceux qui peuvent sérieusement induire en erreur, car le praticien inattentif ne distinguera quelquefois pas une ascite, une affection nerveuse, d'une rétroversion. M. Hubert eut un jour l'occasion d'empêcher une ponction qu'un médecin et un accoucheur allaient pratiquer dans l'abdomen d'une femme accouchée depuis huit jours, croyant avoir à faire à un vaste abcès, alors qu'il s'agissait

d'une rétention d'urine avec incontinence par regorgement. De même dans une observation de Basham (citée par M. Salmon) on se préparait à la paracentèse, quand heureusement la malade, atteinte de rétroversion avec rétention d'urine qui s'écoulait encore un peu par regorgement, entra à l'hôpital. M. Schmitt, de Vienne, a même rapporté (voir obs. 20) une observation où l'utérus rétroversé fut pris pour la tête d'un fœtus; une sage-femme saisit la matrice et tira dessus. La malade avorta, mais eut le bonheur de guérir.

L'issue ne fut pas aussi heureuse dans une autre observation rapportée par Grenser, de Dresde (v. obs. 21), où le médecin, prenant la tumeur utérine pour une môle, la tira en divers sens. On reste confondu en présence d'erreurs semblables.

Nous allons examiner les caractères qui distinguent la rétroversion de l'utérus gravide des états suivants :

1° Grossesse avec rétention d'urine;

2° Antéflexion;

3° Renversement;

4° Rétroversion en dehors de la grossesse; A. Utérus à l'état de vacuité; B. Engorgement de l'utérus; C. Grossesse molaire; D. Physométrie; hémométrie, hydrométrie; E. Polypes, tumeurs fibreuses;

5° Tumeurs du col;

6° Grossesse extra-utérine;

7° Tumeurs de l'excavation, dont nous détacherons :

8° L'hématocèle rétro-utérine;

9° La tumeur de la périmétrite.

1° Grossesse avec rétention d'urine. — Dans les cas ordinaires, l'erreur n'est sans doute pas possible; mais si la rétention dépend d'un certain degré d'abaissement, on pourra par le toucher arriver plus facilement que de coutume sur le corps de l'organe et croire le fond en arrière. Cazeaux établit alors cette distinction : « Dans la rétroversion, la paroi vaginale est toujours placée entre le doigt et la tumeur, et le col est relevé derrière les pubis, tandis que le col est toujours le point le plus déclive et la tumeur peut parfaitement être isolée du vagin dans le prolapsus; la réduction est toujours facile dans ce dernier cas, elle est toujours difficile, quelquefois même impossible dans le premier. D'ailleurs les symptômes auxquels donne lieu la rétroversion sont beaucoup plus graves que ceux produits par le prolapsus. »

On peut ajouter que dans le prolapsus la direction du vagin n'a pas changé, puisque le doigt pénètre aussi bien en arrière qu'en avant (la tumeur étant au milieu), que les parois vaginales antérieure et postérieure sont également déprimées, que le méat urinaire et l'urètre n'ont

pas varié comme dans la rétroversion. Dans le cas de prolapsus, du reste, la femme doit être surveillée et suivre le traitement prophylactique de la rétroversion, surtout quand il s'accompagne de rétention d'urine (voir obs. XL, de Négrier).

2° Antéflexion. — Ce déplacement, en ne faisant attention qu'à la direction du col, dit Cazeaux, pourrait être pris pour une rétroversion, « car dans l'un et l'autre cas, l'orifice est tourné vers les pubis. Mais l'erreur sera évitée en constatant : 1° l'absence du fond de la matrice dans la concavité sacrée; 2° l'angle à sinus antérieur que forme le corps avec le col, etc. »

En fait je n'ai vu rapporter aucun cas où l'on avait confondu la rétroversion avec le prolapsus ni avec l'antéversion.

3° Renversement. — Après une fausse couche ou un accouchement, on constate dans le renversement complet de l'utérus comme dans la rétroversion, l'absence du globe utérin dans l'hypogastre, des douleurs, de la difficulté pour uriner et aller à la selle; ces deux accidents peuvent également se produire d'une manière subite. La confusion est donc possible et j'ai eu l'occasion d'en observer un cas. Mais on évitera facilement l'erreur en faisant attention : 1° aux phénomènes graves et aux hémorrhagies qui accompagnent le renversement; 2° à l'anneau résistant qu'on sent d'habitude en palpant profondément l'hypogastre; 3° à la tumeur rougeâtre, chagrinée, sanguinolente qui occupe le passage ou pend en dehors des parties; 4° au bourrelet formé par le col utérin au haut de cette tumeur et sous lequel le doigt parcourt un sillon peu profond; 5° à la possibilité de faire circuler le doigt tout autour de cette tumeur et aussi facilement en arrière qu'en avant; en portant à la fois un doigt dans le vagin et un autre dans le rectum, on constate facilement que la cloison recto-vaginale est libre dans le renversement; dans la rétroversion au contraire cette cloison est occupée par le fond utérin, le doigt ne peut pénétrer en arrière dans le vagin, mais s'enfonce facilement en avant où il rencontre le col de la matrice pressé au haut des pubis, circonstance qui loin d'amener une hémorrhagie, ne permet pas aux liquides utérins de s'écouler. Par un examen attentif, on est donc certain d'arriver au diagnostic de ces deux accidents.

4° Rétroversion de l'utérus en dehors de la grossesse. — A. La distinction quand l'utérus est vide n'est pas difficile. La rétroversion ne produira jamais les symptômes importants de compression que nous avons appris à connaître. Il pourra bien y avoir du ténesme, quelques difficultés d'uriner, des douleurs sourdes au bas-ventre, à l'épigastre, aux lombes, etc. Mais la marche et le peu d'intensité des symptômes, l'absence des signes de grossesse, le volume de l'utérus, l'état du col ne pourront laisser aucun doute sur l'état de vacuité du viscère.

Mais il pourra devenir difficile et même tout à fait impossible de savoir si un utérus rétroversé contient un fœtus ou bien s'il est simplement engorgé ou distendu par différentes causes : gaz, liquides, môles, polypes. Dans ces circonstances, du reste, la difficulté du diagnostic de la grossesse est connue, et il n'y a aucun motif pour qu'elle soit moindre quand il y a déplacement. Comme il est utile, sinon indispensable, de faire la distinction le plus souvent possible et que fréquemment on peut y parvenir, nous allons tâcher de l'établir pour chaque cas particulier. Constatons en général que la réduction est toujours indiquée et est le meilleur moyen, quelquefois le seul moyen, de mettre fin aux accidents qui compliquent les différents états que nous allons passer en revue.

B. *Engorgement de l'utérus.* — La 17me observation de Martin, nous montre un cas où trois praticiens crurent à la rétroversion de l'utérus gravide, tandis que la suite prouva que l'organe était engorgé par le fait d'une métrite chronique. Semblable méprise n'eut pas lieu dans la 16me observation du même auteur. Elle est du reste ici peu importante, car le volume de la matrice sera rarement assez considérable pour rendre difficile la réduction, qu'on devra toujours opérer, ni pour occasionner des accidents pressants réclamant des secours prompts et énergiques. De plus, on parviendra presque toujours à reconnaître l'engorgement simple en tenant compte des antécédents de la maladie : les règles ont été irrégulières, accompagnées de coliques, rarement trop copieuses, se supprimant quelquefois plusieurs mois; il y avait cardialgie, pesanteur habituelle dans le bassin et les aînes, constipation, dysurie, écoulement leucorrhéique; bien rarement on constatera les symptômes rationnels de la grossesse; les parois utérines sont un peu sensibles, le col ordinairement dûr, résistant, hypertrophié, fermé chez les nullipares, béant chez les autres.

Le cathétérisme utérin, toujours dangereux, ne serait permis que si les accidents étaient de nature à autoriser, en cas de grossesse, la provocation de l'avortement.

C. *Grossesse molaire.* — Ici surtout le diagnostic pourra être impossible. La 267e obs. de M. Mattéi appartient évidemment à ce genre. M. Péreau et l'auteur reconnurent facilement le déplacement, mais admirent la grossesse.

Une des observations que M. Hubert a bien voulu me communiquer se rapporte aussi à cette espèce de fausse grossesse.

Obs. LXXVI. — *Grossesse molaire hydatiforme; latéro-rétroflexion méconnue par un vieux praticien; mollesse anormale de la matrice; réduction par le rectum; guérison; par M. le professeur* L.-J. Hubert. — Le 17 septembre 1845, j'étais demandé en consultation avec M. le docteur G..., l'accoucheur le plus occupé de Louvain à cette époque.

Mme Vr..., sa cliente, grande brune, maigre, mariée à un homme chétif et beaucoup plus âgé qu'elle, n'en a pas moins eu, en dix ans, huit enfants dont deux jumeaux. Les accouchements ont tous été prompts; le dernier remonte à sept ans. Mme Vr... est âgée de 47 ans et elle continue d'être réglée, mais depuis environ trois mois l'écoulement sanguin est devenu fort irrégulier et de temps en temps, il s'y joint des tiraillements aux aînes et aux lombes. Il y a huit jours, il s'est changé en véritable perte de sang qui a cédé à des moyens simples. Tous ces phénomènes sont attribués à la ménopause. Depuis l'avant-veille, il existe des coliques qui résistent au landanum et une constipation que n'a pas vaincue l'eau laxative de Vienne. Depuis hier la malade n'a plus uriné et n'a pu être sondée: l'hypogastre est devenu si sensible qu'on y a fait une application de sangsues dont les piqûres coulent encore. Le pouls est cependant calme et la peau plutôt fraîche que chaude.

Le siége des douleurs, les troubles fonctionnels du rectum et de la vessie me donnèrent immédiatement l'idée d'un déplacement de la matrice, mais le confrère me déclara qu'il n'existait dans le bassin qu'une accumulation de matières fécales durcies et ayant dévié le museau de tanche en avant.

J'examine le ventre. Les intestins sont légèrement météorisés, et la vessie forme une tumeur grosse comme deux bons poings, mate, fluctuante et offrant à la main cette espèce de rénittence plus facile à constater qu'à décrire.

Au toucher, je trouve la matrice couchée horizontalement, son fond dans la concavité du sacrum, son col appliqué contre la symphyse pubienne et un peu dévié à droite, mais infléchi sur le corps, assez ramolli et assez entr'ouvert pour me permettre d'introduire le bout du doigt dans la partie inférieure de son canal. Quant au corps du viscère, son volume est celui d'un très-gros poing. Sa mollesse est telle qu'elle écarte d'emblée l'idée d'une inflammation chronique, d'une tumeur fibreuse ou squirrheuse et même (je le croyais alors) (1) celle d'une grossesse normale. En tout cas, la cause du mal était bien là et il fallait la lever en remettant la matrice en place.

Mon confrère ayant touché de nouveau et reconnu l'exactitude de mes renseignements, voulait procéder immédiatement à la réduction, mais prévoyant les difficultés qu'il allait probablement rencontrer, je lui proposai (*latine loquens*) de nous retirer un instant dans la chambre voisine et là je lui demandai s'il ne serait pas utile de vider préalablement la vessie et le rectum dont la distension ne pouvait que faire obstacle à la manœuvre. Il accueillit cet avis et essaya de pratiquer le cathétérisme, sans y réussir plus que le matin. Je fus plus heureux, grâce à la précaution que j'avais prise d'introduire l'indicateur gauche dans le vagin pour guider le bec de la sonde et au soin d'abaisser assez fortement le pavillon pour mieux suivre la paroi antérieure du bassin contre laquelle l'urètre se trouve, dans ces

(1) Je n'aurais pas aujourd'hui la même confiance dans ce signe, car on a pu voir précédemment que chez la femme Joskin une mollesse plus grande encore coïncidait avec une grossesse qui arriva à terme.

cas, redressé, comprimé et aplati. L'évacuation des urines produisit un soulagement assez notable mais incomplet. Un lavement fut ensuite administré, mais sans attendre ses effets, M. G... essaya avec deux doigts, de refouler la matrice. Ne réussissant pas, il plaça la patiente sur le dos (elle avait d'abord été couchée sur le côté gauche pour recevoir le clystère) et il introduisit toute la main mais sans plus de succès. La femme était fatiguée ; il se faisait tard et nous prîmes le parti de remettre les nouvelles tentatives au lendemain. En attendant, Mme Vr... restera couchée sur un côté ; elle continuera son eau laxative et, si celle-ci n'opère pas bientôt, on lui administrera un nouveau lavement.

Le lendemain 18, à huit heures du matin, Mme Vr... nous apprend qu'elle a eu cinq selles et qu'elle a uriné deux fois pendant la nuit. Cependant la vessie fait de nouveau saillie au-dessus des pubis et la patiente ne peut la vider. Je dois donc réintroduire la sonde. Le déplacement de la matrice est tel que je l'ai reconnu la veille, mais il s'est opéré de la réaction : la face est animée, la peau chaude, le pouls à 90.

Mon confrère me demande si je veux me charger de l'opération et j'accepte sa proposition. Confiant dans l'enseignement de M. Moreau, je me proposais de suivre le procédé d'Evrat (et j'avais préparé l'instrument nécessaire.)

Mme Vr... étant placée au bord du lit, sur son flanc droit, les cuisses fléchies et le thorax un peu ramené en avant, j'introduisis deux doigts dans le rectum, mais avant de les faire suivre de l'instrument qu'ils devaient guider, j'essayai de refouler la tumeur en haut et un peu en avant et je sentis qu'elle cédait ou se laissait déprimer, d'abord d'un côté, puis de l'autre. J'augmentai graduellement mes efforts, engageant la femme à prendre courage et à s'abstenir de pousser.

A un moment donné, je sentis la résistance cesser tout d'un coup et la femme me dit avoir éprouvé une sorte de choc.

La concavité du sacrum était tout à fait libre et à travers la cloison recto-vaginale, je sentais déjà parfaitement le col de la matrice revenu à sa place, comme le toucher pratiqué par le confrère lui permit de le constater. Le soulagement était d'ailleurs complet et immédiat.

Il fut convenu que la malade se tiendrait sur l'un ou l'autre de ses côtés, autant que possible en pronation et que pour éviter tout déplacement et tout effort, M. G... viendrait la sonder au moins deux fois dans la journée.

Le lendemain 19, plus de réaction, plus de douleurs, miction spontanée facile. Je cesse de voir Mme Vr... et je n'en ai plus de nouvelles qu'un mois plus tard. J'appris alors que depuis la réduction de sa matrice, elle avait éprouvé de la sensibilité dans les seins et remarqué un certain développement des mamelles. De temps à autre, il était revenu quelques tiraillements vers le bassin, coïncidant avec un peu de gêne dans l'émission des urines et des féces — sans réclamer cependant l'emploi de la sonde ni des lavements.

Le 17 octobre (un mois après la réduction), il se manifesta une hémorrhagie extrêmement abondante. Les époux évaluent à un seau la quantité

de sang perdu, mais sur ce point il faut toujours faire une large part à l'exagération. Cette perte s'accompagnait de contractions utérines qui amenèrent l'expulsion d'un corps étranger, large de quatre doigts et plus long que la main, élastique, comme rebondissant lorsqu'on le laissait tomber sur la table, ressemblant, selon l'expression de la malade, à une grappe de raisin blanc.

C'était évidemment une môle vésiculaire. Son expulsion fut encore suivie de quelques arrière-douleurs et d'un léger écoulement lochial, semblable à celui des avortements ordinaires. Mme Vr... dont tous les organes étaient sains et dont l'estomac fonctionnait très-bien, ne tarda pas à se rétablir complétement.

M. Salmon rapporte également, dans sa thèse, une observation de rétroversion avec grossesse molaire hydatiforme qui présentait les caractères suivants : « Toute la partie postérieure de la matrice, facilement accessible au toucher, était molle, pâteuse, sans fluctuation, ce qui permettait à l'organe de se mouler exactement sur les contours de l'excavation; de plus, les accidents ne furent pas pressants, comme dans la rétroversion avec grossesse normale, et la malade put attendre sans encombre son sixième mois, époque à laquelle elle succomba au milieu des efforts d'expulsion de la môle avec hémorrhagie. »

Il est surtout important de remarquer le degré moindre des accidents de l'enclavement; on pourra également observer l'alternance de petites pertes rouges et aqueuses ou bien un écoulement roussâtre, séro-sanguinolent (obs. de Mattei), ou bien des écoulements de sang irréguliers (obs. de M. Hubert); ces pertes arrivant dès le deuxième mois ne pourront être confondues avec celles qui dépendent de l'implantation vicieuse du placenta. Le développement trop rapide ou trop lent de l'utérus, l'absence d'inégalités fœtales, de ballottement, pourront également aider au diagnostic.

L'absence de fluctuation, dont parle M. Salmon n'indique rien, car cette dernière peut s'observer également dans la môle vésiculaire et n'être pas perçue dans une vraie grossesse.

La sortie de quelques grappes hydatiformes n'infirme pas encore une grossesse vraie, puisqu'on connaît plusieurs cas, entr'autres celui de Béclard, de grossesses conduites à bonne fin malgré l'hydropisie concomittante de quelques grappes de villosités choriales.

D. *Physométrie, hydrométrie, hémométrie.* — Je n'ai vu nulle part d'exemple de rétroversion survenu à un utérus distendu par des gaz, par un liquide aqueux, par du sang. Cependant pour être complet, je dirai quelques mots de ces cas qui peuvent en définitive se présenter.

1. S'il s'agit de physométrie et que dans des efforts d'expulsion le col

s'entr'ouvre et laisse échapper des gaz sortant avec un « bruit assez semblable à celui des flatuosités qui sortent par l'anus » le volume de l'utérus sera diminué et le doute rapidement levé. Sinon il faudra recourir : 1° au peu de poids de l'organe relativement à son développement; 2° au degré moindre des accidents; 3° surtout aux anamnestiques qui apprendront depuis combien de temps l'utérus a augmenté de volume, l'irrégularité du développement, la maladie utérine qui a précédé, peut-être l'accouchement ou l'avortement qui remonte à peu de temps et a présenté quelque anomalie relativement à la délivrance, etc.; 4° à l'absence de plusieurs signes de la grossesse.

2. Je ne parlerai pas de l'hématométre dépendant d'une imperforation de l'hymen, l'examen local devant lever tous les doutes. Mais à la suite d'un accouchement laborieux, d'une inflammation aiguë, d'un ulcère, d'un état squirrheux du col, de véritables adhérences peuvent amener la rétention du sang menstruel et faire augmenter la matrice de volume; même résultat peut être produit par une inflexion. Dans tous ces cas les renseignements fournis par la malade seront d'autant plus importants, que le développement irrégulier du viscère sera plus difficilement apprécié s'il est en rétroversion et si cette dernière s'est produite lentement.

Dans l'état squirrheux, dans l'ulcération, le toucher fera connaître la lésion ; de même l'état général, l'écoulement vaginal, etc.

S'il y a de simples adhérences, le doigt ne constatera pas le ramollissement spécial de la grossesse, il ne pourra pas pénétrer dans le col comme cela serait possible chez une pluripare; le corps de la matrice sera plus ou moins mou, dépressible, fluctuant, les parois amincies, et cependant on ne pourra trouver aucune saillie fœtale. Absence enfin de la plupart des signes de grossesse.

De plus, s'il y a inflexion, en soulevant le fond utérin du sang pourra s'échapper brusquement par le col.

3. *Hydrométrie.* Aux signes déjà énumérés, on peut ajouter ici la fluctuation ordinairement très-manifeste qu'on pourrait sentir par le vagin et le rectum, la marche lente de la maladie, l'état spécial de la malade, etc.

E. *Polypes, tumeurs fibreuses.* — Lorsque la matrice est distendue par un polype ou une tumeur fibreuse, elle peut également tomber en rétroversion surtout si la tumeur siége sûr ou dans la paroi postérieure du viscère. Un bel exemple de cette dernière espèce m'a été communiqué par M. Hubert.

Obs. LXXVII. — *Rétroversion de l'utérus ; difficulté du diagnostic; réduction.— Tumeur fibreuse de la paroi postéro-inférieure de la matrice; par M. le professeur* L.-J. Hubert. — Thérèse X. servante chez une de mes bonnes

clientes, éprouva, en revenant de sa kermesse, des difficultés et de la douleur dans l'émission des urines. On l'engagea à me consulter, dans les premiers jours de septembre 1848; elle ne voulut se soumettre ni au toucher ni au cathétérisme et elle se borna à prendre des tisanes et à s'appliquer des cataplasmes de poireaux sur le bas-ventre. Je la croyais guérie quand, trois mois plus tard, le 6 décembre, on me fit appeler, parce que depuis trois jours elle n'avait plus eu de selle et ne savait presque plus uriner. Je refusai cette fois de donner un conseil quelconque sans avoir fait d'abord un examen complet.

La vessie distendue par les urines et très-sensible au palper s'étendait jusqu'au nombril.

Au toucher, je trouvai le col de la matrice assez mou, exactement appliqué contre les pubis, mais fortement coudé, de sorte que le museau de tanche regardait presque directement en bas. Immédiatement derrière lui, une tumeur offrant à peu près la consistance et le volume d'une matrice à trois mois, s'étendait jusque dans la concavité du sacrum en se déviant un peu à gauche. Elle se sentait aussi très-facilement par le rectum. Cet état des choses et l'absence de la membrane hymen me firent penser à une grossesse compliquée de rétroversion utérine. Mais on me dit que cette fille est très-sage, qu'on ne lui connaît pas d'amant et de son côté, elle affirme que ses règles n'ont jamais cessé de paraître et qu'elle les avait encore il y a quatre jours. Elle ajoute seulement que depuis septembre, elles ont été suivies d'un écoulement blanc auquel elle n'était pas sujette antérieurement. Ni son maintien ni son langage ne trahissent la gêne ou la ruse.

Le diagnostic réservé, je commence par écarter autant que possible le col de la matrice du pubis, ce qui me permet d'introduire facilement la sonde et d'extraire un pot et demi d'urine; puis je prescris un laxatif qui avait amené le lendemain trois selles copieuses. Les urines avaient ensuite été émises spontanément mais difficilement. Je pensai que le seul moyen de rétablir leur libre cours, était de tâcher de refouler la tumeur au-dessous du petit bassin.

La malade étant couchée sur le flanc *gauche*, les cuisses bien fléchies et le thorax penché en avant, je portai l'indicateur et le médius droits dans le *rectum* et repoussai graduellement la tumeur qui céda ligne à ligne et non sans opposer une vive résistance, jusqu'à ce que le promontoire fût dépassé. Le col était ramené d'autant en arrière, mais sans avoir repris tout à fait sa place et sans avoir *cessé de former coude sur le corps de la matrice*. Je conseillai à la malade de se tenir quelque temps sur l'un de ses côtés ou sur le ventre, d'uriner souvent, et quand elle se lèverait d'éviter les mouvements brusques et les efforts de toute espèce.

Dès le lendemain, Thérèse avait repris ses occupations et quoique éprouvant toujours un peu de gêne vers le bas-ventre, elle n'avait cessé de bien faire sa besogne, quand le 11 avril 1849, elle fut de nouveau obligée de me faire appeler. Depuis l'opération qu'elle avait subie, ses menstruations étaient devenues irrégulières, trop rapprochées. Depuis la dernière qui

remontait à trois jours et qui avait été moins abondante que d'ordinaire, elle avait éprouvé des difficultés pour uriner et finalement une rétention complète d'urine avec son cortége ordinaire de souffrances anxieuses. Le fond de la vessie s'élevait jusqu'au nombril. Après l'avoir vidée, je trouvai une autre tumeur ferme, s'étendant à trois bons travers de doigt au-dessus des pubis où elle se terminait en cône arrondi.

Au toucher, je rencontrai, à l'entrée du vagin, le col de la matrice très-mou, mince et fermé. Une légère rainure le séparait d'une tumeur qui remplissait tout le bassin et qui était assez molle pour faire croire qu'elle était constituée par un utérus renfermant une production de conception, si les autres circonstance n'avaient éloigné cette pensée.

Le soir je dus en revenir au cathétérisme et je soulevai, autant que je pus, la tumeur afin de diminuer sa pression sur le canal de l'urètre.

Thérèse reprit de nouveau ses occupations ordinaires à la satisfaction de ses maîtres, jusqu'en juillet. Alors à la suite d'une menstruation plus copieuse que d'habitude et mêlée de caillots, les difficultés de la miction aboutirent encore à la rétention d'urine et je dus la sonder pendant trois jours. La tumeur avait augmenté de volume, son fond s'élevait à quatre doigts au-dessus du pubis et son col mince, mais *légèrement* entr'ouvert se présentait à l'anneau vulvaire. J'y introduisis une sonde de femme qui y pénétra tout entière et ne fut arrêtée que par le petit anneau de son pavillon; sa direction s'éloignait peu d'une ligne parallèle aux pubis. C'est que la cavité utérine s'était allongée en raison de la tumeur qui siégeait dans sa paroi postérieure.

De quelle nature est cette tumeur? J'ai dit déjà que, dans le principe, elle offrait le volume, la consistance et la forme d'une matrice gravide à trois mois. Mais l'idée d'une grossesse normale ou anomale écartée, à quel diagnostic devions-nous nous arrêter? L'inflammation chronique parenchymateuse aurait eu des antécédents et elle aurait donné à l'organe malade une régularité de forme et surtout une consistance qu'il n'offrait pas ici. Il est d'ailleurs extrêmement rare que l'augmentation de volume et d'induration ne s'étende pas au col lui-même. Or, ici il était mince, mou et très-flexible. Il est rare aussi que la métrite parenchymateuse totale donne lieu à la rétroversion et qu'elle ne s'accompagne pas d'une certaine exagération de la sensibilité sous la pression. Quant au squirrhe, il débute généralement par le col et il donne à la matrice une dureté qui n'existait pas ici. Il s'agissait, si je ne me trompe, d'une tumeur fibreuse développée dans la paroi postéro-inférieure de la matrice, et si elle ne se compliquait pas d'hémorrhagie, c'est qu'elle siégeait plus près du péritoine que de la muqueuse. Je m'explique ainsi comment elle a fait basculer l'organe en arrière, comment le col était resté complétement sain et formait un coude sur la tumeur même après un certain redressement du viscère, comment surtout une sonde de femme a pénétré tout entière en suivant la paroi utérine antérieure.

Ce qui aurait pu induire en erreur, c'est la souplesse et l'inflexion du col qu'on rencontre très-souvent aussi dans la rétroversion du fond pendant

la grossesse (rétroflexion), c'est ensuite la résistance beaucoup moindre qu'en cas de fibrôme. A cet égard, je me demande ce qui a pu donner lieu à cette espèce d'assouplissement.

J'ai dit que je l'avais constaté chez M. Vr., chez la femme Jo. où il était très-prononcé, et jusqu'à un certain point chez la femme de Gilly, en un mot dans les trois cas où l'enclavement de l'organe était le plus marqué et remontait à une date plus éloignée. Est-ce que dans ces conditions, la gêne dans la circulation produirait au-dessous des points de compression une sorte d'œdème ou d'empâtement? Je me pose la question sans oser la résoudre.

N. B. Thérèse ayant quitté Louvain avec ses maîtres peu de temps après ma dernière visite, je ne sais ce qui lui est arrivé. Peut-être la tumeur se développant assez pour remonter et être soutenue au-dessus du bassin, les troubles de la miction et de la défécation auront été diminués — comme je l'ai vu plus d'une fois, — mais il est à craindre que la menstruation, qui devenait déjà irrégulière, n'ait fini par se changer en métrorrhagie.

Une tumeur pédiculée prenant naissance sur la surface postérieure de l'utérus, peut aussi tomber dans le cul de sac recto-utérin et simuler le fond de l'organe rétroversé; la méprise sera surtout facile si le col utérin est en même temps repoussé en avant et va comprimer l'urètre.

Dans ce cas, le diagnostic peut être difficile et même impossible, si on n'a pas observé la marche de la maladie; cette dernière par exemple ayant toujours été latente. Tel était le fait de M. Hubert, dont je viens de parler, et la conduite de ce sage et savant praticien doit servir d'enseignement. Il faudra donc alors combattre les symptômes, puis essayer de refouler au-dessus du détroit supérieur la tumeur qu'on sait être la cause des accidents. Desault employait la même pratique et M. Salmon l'imita dans un cas douteux qu'il eut l'occasion d'observer.

Mais on pourra reconnaître la lésion par les antécédents, par le *toucher* et surtout par la *marche* de l'affection. L'âge ne peut évidemment rien indiquer, les néoplasmes dont nous nous occupons survenant d'habitude entre 30 et 50 ans.

La femme peut aussi se croire enceinte ou affirmer qu'elle ne l'est pas sans que, dans certaines circonstances, on puisse ajouter foi à ses paroles.

Les anamnestiques peuvent cependant nous fournir des renseignements précieux : les divers néoplasmes se compliquent d'habitude de métrorrhagies, de menstruations à la fois irrégulières, abondantes, souvent longues, fréquentes, accompagnées de caillots; on pourra apprendre qu'une tumeur se trouvait dans le ventre ou le passage, que la femme souffrait de pesanteur dans le bassin, de tiraillements dans les aines et les lombes, de constipation, de dysurie, d'un écoulement abondant, leucorrhéique ou purulent,

(la malade de M. Hubert avait continué a être réglée et depuis 3 mois ses règles étaient suivies d'un écoulement blanc auquel elle n'était pas sujette antérieurement); les règles ont pu être douloureuses, et la malade a pu éprouver des douleurs expulsives à différentes reprises.

L'examen local peut faire constater des signes importants. S'il n'y a pas eu de pertes (fibroïdes sous-péritonéaux) le col sera ordinairement assez résistant et ne présentera pas le ramollissement ordinaire à la grossesse. Si le col est entr'ouvert et que l'on ait affaire à un polype ou à une tumeur fibreuse intra-cervicale, il sera possible au doigt, surtout pendant une perte, de sentir le néoplasme; le col du reste, quoique un peu modifié par les pertes et la congestion, présentera toujours plus de résistance que dans la grossesse arrivée au troisième ou au quatrième mois. Le corps de l'utérus est ordinairement assez consistant et dur; quelquefois cependant il est assoupli et on peut croire alors, ainsi que le pense M. Hubert, que la gène de la circulation a produit en dessous des points comprimés une sorte d'œdème ou d'empâtement. On peut, dans certains cas, trouver le corps irrégulier, bosselé, à densité inégale. Les tumeurs fibreuses pédiculées qui sont tombées dans l'espace de Douglas sont dures, résistantes, inégales, souvent latérales, ne remplissent pas l'excavation sacrée comme l'utérus en gestation, déplacent rarement le col jusqu'aux pubis; par la palpation on peut sentir le corps de l'utérus plus ou moins hypertrophié. Ce dernier signe est aussi très-important dans le cas de tumeurs fibreuses intersticielles de la paroi utérine postérieure; on trouve le col repoussé en avant et formant un coude avec le segment postéro-inférieur hypertrophié de l'organe; on pourrait penser à la rétroflexion, si l'examen du ventre et les autres signes ne venaient éclairer le praticien.

Inutile de dire que l'absence du bruit de souffle, dont parle M. Salmon, ne peut rien indiquer.

Dans certains cas, la *marche lente* de la maladie, l'accroissement graduel mais *peu rapide* de la tumeur, permettront seuls d'arriver à un diagnostic certain et d'éliminer sûrement la rétroversion d'un utérus gravide.

5° Tumeurs du col (tumeurs fibreuses et cancéreuses, abcès, kystes, excroissances en choux fleurs, hypertrophie d'une des deux lèvres, l'antérieure pouvant devenir postérieure, comme le prouve une observation de Cazeaux, etc.). Si une tumeur quelconque siége sur la lèvre postérieure et est assez volumineuse, la lèvre antérieure est refoulée en avant ainsi que l'orifice; la dysurie et la constipation peuvent en être la suite. Mais l'erreur est-elle possible? Lacroix, et d'autres auteurs après lui, ont prétendu que Martin lui-même avait pris l'utérus pour le col volumineux et engorgé. Mais cela n'est pas exact. Martin dit en effet textuellement « j'examinai les

parties souffrantes et je reconnus que la tumeur *extérieure* était formée par le col engorgé et douloureux; ayant essayé de le refouler dans le vagin, je fus étonné de la résistance qu'il m'opposa. Portant alors mon doigt dans ce conduit, je trouvai bientôt la cause qui retenait le museau de tanche à la partie supérieure de la vulve. La matrice était rétroversée, son fond était tourné du côté du rectum et du périnée, tandis que son col, placé en dehors de la vulve, était relevé, fixé au-dessous et en avant des pubis et recourbé sur lui-même en forme de bec d'aiguière. Je ne parvins à le faire rentrer dans le vagin qu'après avoir, à l'aide de deux doigts, soulevé le fond de l'utérus..... »

Rien dans ce passage n'autorise à faire croire que Martin ait pris l'utérus pour le col engorgé ni vice-versa.

Si les symptômes rationnels de la rétroversion peuvent dans certains cas être produits par les tumeurs citées, on arrivera au diagnostic par un examen attentif; il faudra combiner les touchers vaginal et rectal avec le palper abdominal, rechercher la matrice en avant en suivant la lèvre antérieure du col, arriver à la lèvre postérieure, bien remarquer la consistance, la forme et la situation de la tumeur, s'enquérir des antécédents, de l'époque présumée de la grossesse, si cette dernière est probable, savoir comment les fonctions des organes du petit bassin se sont accomplies depuis longtemps, etc.

S'il y a grossesse, en même temps que tumeur du col, on reconnaîtra, par l'examen du bas-ventre surtout, la matrice augmentée de volume.

Je ne crois pas l'erreur facile à commettre et je pense qu'elle sera toujours évitée, si l'on est averti de la possibilité d'y tomber et qu'on ne se contente pas d'un examen superficiel.

Dans un cas rapporté par France (thèse, obs. 2e) l'utérus gonflé et cancéreux était en rétroversion et « moulé à l'excavation du bassin. » Les antécédents ne laissaient aucun doute sur la nature de l'augmentation de volume de la matrice. Au moyen du traitement symptomatique (cathétérisme, lavement, etc.), la malade alla mieux, mais bientôt l'organe prit des proportions telles qu'il s'échappa du vagin : la mort ne tarda pas à arriver.

6° Grossesse extra-utérine. — Quand le fœtus se développe dans le cul-de-sac recto-utérin ou qu'il y tombe à la suite d'une rupture de l'organe qui le contenait (de la trompe, par exemple, puisque la grossesse tubaire est la plus fréquente des extra-utérines), la plupart des signes rationnels et sensibles de la rétroversion *peuvent* se produire; dans quelques cas même, le diagnostic a été tellement difficile que les praticiens les plus éminents n'ont pu l'établir. Nous avons déjà vu que les observations rapportées par Merriman comme des exemples de rétroversions terminées par suppura-

tion et élimination des débris fœtaux par le rectum ou le vagin avaient été contestées par Dewees, Boivin et Dugès et considérées par ces auteurs comme appartenant à des grossesses extra-utérines; d'autre part, le docteur Barnum a relaté un cas de grossesse extra-utérine regardée par J. Burns comme rétroversion. Ces faits peuvent être contestés et les jugements portés par d'autres que ceux mêmes qui les ont observés, sont discutables. Mais deux cas sont surtout remarquables, parce que l'erreur a été commise par des hommes illustres et rectifiée par eux-mêmes dans la suite.

Obs. LXXVIII. — *Grossesse extra-utérine, prise pour une rétroversion de l'utérus gravide; par* Capuron (1). — Capuron fut appelé par les docteurs Grésily et Londe pour examiner la femme d'un restaurateur, enceinte de 3 1/2 à 4 mois. Cette femme avait fait, au commencement de sa grossesse, un voyage assez long, sur une charrette ou voiture assez mal suspendue, dont le rude cahotement l'avait fort fatiguée. Il en était résulté une courbature générale et une péritonite qui avait passé à l'état chronique et causait encore des douleurs vagues et assez irritantes dans plusieurs points de l'abdomen. En la visitant, Capuron trouva le ventre, les lombes, les membres inférieurs gonflés, infiltrés. La cavité du petit bassin, au-dessous de l'angle sacro-vertébral, était occupée par une tumeur volumineuse, arrondie, molle, où l'on distinguait le ballottement d'un corps, que l'on ne pouvait prendre que pour un fœtus.

Le col de l'utérus était relevé si haut derrière la symphyse des pubis qu'il était presque inaccessible; il avait la forme d'un petit entonnoir, où, malgré la longueur de son doigt, il ne put en introduire que l'extrémité de la première phalange. A ces signes, il crut reconnaître très-distinctement la rétroversion de l'utérus. D'ailleurs, la suppression presque complète de l'urine et des selles le confirmèrent dans cette opinion. Mais différentes tentatives de réduction furent infructueuses.

Alors, comme le cas était grave et urgent, on appela les praticiens les plus renommés de la capitale. Bientôt arrivèrent Dupuytren, le prince des chirurgiens; le docteur Lisfranc, son élève et son émule; Antoine Dubois, le nestor des accoucheurs; Maygrier, ancien professeur d'accouchements. Les docteurs Evrat, Moreau, Dugès, aussi appelés, ne purent venir.

Tous partagèrent l'avis de Capuron; ils tentèrent en vain de réduire et finirent par proposer la ponction de l'utérus, qui fut exécutée par Maygrier, au moyen du trocart recourbé. Il ne sortit par la canule qu'une matière peu liquide, d'un jaune-verdâtre, presque sans odeur. La réduction ne fut pas plus facile qu'avant l'opération. La malade fut dès lors abandonnée; On persistait néanmoins dans le diagnostic lorsque la malade, presque à l'agonie, fit encore appeler Capuron à cause d'un sentiment de pesanteur et de douleur qu'elle éprouvait au fondement : on reconnut à ce moment que la tumeur intra-pelvienne avait changé de place, et que le fœtus qu'elle renfermait s'était créé une route insolite à travers le côlon jusqu'à

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine de Paris*, 1841, p. 502.

la portion du rectum qui répondait au vagin. Cet avorton sortit, et la mère ne tarda pas à succomber.

A l'autopsie qui fut faite par Lisfranc, en présence de Capuron, Londe, Grésily, Maygrier et Boisseau, on trouva l'abdomen rempli de pus mêlé de flocons albumineux; c'était le résultat de la péritonite. A l'entrée du petit bassin et un peu au-dessus de la saillie sacro-vertébrale, était une tumeur d'un gris-jaunâtre, transversalement oblique, ovale, cylindrique au milieu et obtuse à ses extrémités, de la grosseur de deux poings, et très-adhérente à la partie inférieure de la colonne rachidienne. En l'ouvrant, on aperçut la surface interne chagrinée, raboteuse et tapissée d'une matière semblable à celle qui était sortie par la canule du trocart, dont on reconnut la piqûre. A gauche de ce kyste existait une ouverture d'un pouce et demi de diamètre qui communiquait avec le côlon et avait donné passage au fœtus. L'utérus était derrière et en haut de la symphyse pubienne : il était allongé, aplati, un peu mou ; quant aux trompes et aux ovaires, il n'y en avait que des traces ou apparences incertaines. Ces recherches nécroscopiques ne firent que confirmer l'existence d'une grossesse extra-utérine et pelvienne, que tout un congrès de médecins, de chirurgiens et d'accoucheurs avait méconnue et prise pour une rétroversion de l'utérus.

Obs. LXXIX.— *Rétroversion prise pour une grossesse extra-utérine, réduction spontanée, mort ; par* M. Depaul (1). — La femme L..., âgée de 39 ans, couturière, sans apparence de rachitisme, a eu quatre couches à terme et un avortement. Le 1er mars 1867, enceinte de trois mois environ, elle éprouva, sans cause connue, de la peine à uriner; le 3, après une course un peu longue, elle est tourmentée de dysurie, et ses efforts n'aboutissent qu'à l'émission de quelques cuillerées d'urine. Pendant trois semaines les douleurs s'accroissent; le 29 mars, la malade entre à la clinique. On extrait par la sonde plus de deux litres d'une urine ammoniacale et purulente.

Le 1er avril, M. Depaul constate ce qui suit : Tumeur sous-ombilicale formée par la vessie enflammée et qui disparait par le cathétérisme. La vessie vide, on découvre à l'hypogastre une seconde tumeur de consistance ferme, médiane, dépassant la symphyse de 7 à 8 centimètres, large de trois travers de doigt, à sommet arrondi; des parties latérales se détachent deux cordons durs, profonds, qui se portent en divergeant vers les côtés du bassin. Par le vagin, on sent, à l'entrée, cette même tumeur grosse comme un œuf d'oie, lisse, doublant la paroi postérieure du vagin et comprimant le rectum au point d'y rendre l'introduction du doigt difficile. Col situé très-haut, presque au niveau du bord supérieur du pubis, accessible seulement en longeant le pubis, présentant les caractères d'un col de multipare au troisième mois de la grossesse (ferme, un peu ramolli à son extrémité). Au-dessus de lui, et lui faisant suite, une partie plus volumineuse qui paraît être le corps de la matrice; derrière lui, on sent la tumeur qui remplit l'excavation, et le doigt passe aisément entre le col et cette tumeur.

(1) *Thèse de M. Villiers Herluison*, p. 35. Obs. 3e de M. Depaul.

Les mouvements communiqués au col se transmettent à ces deux tumeurs : d'où l'on conclut que la tumeur supérieure est bien l'utérus à l'état de vacuité, car son volume ne paraît pas augmenté, et que la grosse tumeur est adhérente à l'utérus.

On n'entend pas les bruits du cœur fœtal, mais bien un bruit de souffle isochrône au pouls maternel, au niveau de la fosse iliaque gauche. Par le rectum, le ballottement est constaté par MM. Depaul et Bailly. Il y a évidemment un fœtus. Mais cette tumeur est-elle formée par l'utérus en rétroversion, ou due à une grossesse extra-utérine anté-rectale? On pratique le cathétérisme utérin, et la sonde pénètre à six centimètres et demi. MM. Nélaton et Tarnier partagent l'opinion de M. Depaul, et l'on s'arrête, sans hésiter, à l'idée d'une grossesse extra-utérine.

L'état général devenant inquiétant, on songeait à ponctionner la tumeur pour tuer le germe et favoriser son enkystement, quand, le 19 avril, M. Depaul trouve l'abdomen soulevé par une tumeur ayant la forme et le volume d'un utérus au quatrième mois. Aussitôt il reconnaît son erreur et annonce qu'on avait à faire à une rétroversion qui s'était réduite d'elle-même.

La malade n'avait rien fait pour provoquer cette réduction spontanée. Epuisée par de longues souffrances, elle succomba le 22, après s'être débarrassée le jour précédent d'un fœtus de cinq mois, du sexe masculin, mort depuis quelques heures seulement.

L'autopsie, pratiquée le lendemain, permit de constater un point très-important qui n'avait nullement été soupçonné : le bassin était notablement rétréci par la projection du promontoire; le diamètre sacro-pubien ne mesurait que neuf centimètres au détroit supérieur, tandis que l'excavation était plutôt élargie et avait 123 millimètres d'avant en arrière.

Il faut remarquer cependant que de semblables exemples sont rares, et que, si, dans les deux cas que nous venons de résumer, il était à peu près impossible de ne pas se tromper, le plus souvent le diagnostic pourra être établi par une exploration attentive.

Dans la grossesse extra-utérine, la plupart des modifications de la bonne grossesse peuvent se présenter : troubles sympathiques de l'innervation et de la digestion; modifications des mamelles, suppression des règles, commencement même de ramollissement du col et d'augmentation de volume du corps de l'utérus; albumine et kyestéine; coloration, chaleur, lubrifaction du vagin. Quant aux douleurs, à la tumeur unilatérale, à la fluctuation vaginale, à la persistance des règles, à l'absence des modifications mammaires et aux autres signes par lesquels on a prétendu reconnaître les grossesses extra-utérines, je crois pouvoir les passer sous silence. Nous avons heureusement d'autres moyens de distinguer souvent la rétroversion utérine pendant la grossesse, du kyste fœtal qui se trouve dans l'excavation. D'abord si le kyste se développe primitivement ou des-

cend insensiblement dans l'espace de Douglas, les symptômes de compression sont dents, progressifs et ne peuvent être confondus qu'avec la forme lente de la rétroversion, c'est-à-dire avec la forme *la moins fréquente*. Si l'on est appelé à toucher dans le commencement, il sera toujours facile de reconnaître le corps de la matrice se continuant avec le col directement : le corps n'aura guère augmenté de poids ; le col, peu modifié, regardera en bas et pourra être nettement séparé de la tumeur extra-utérine par le doigt qui s'interposera entre eux. Plus tard, la distinction entre le col et le kyste fœtal sera plus difficile ; mais on aura toujours la direction verticale du col sans qu'on puisse constater d'angle consistant à son union avec la tumeur postérieure ; par le palper abdominal, on sentira la matrice légèrement augmentée de volume, qui suivra les mouvements imprimés au col, tandis que la tumeur de l'excavation ne suivra qu'imparfaitement les grandes secousses données soit au col, soit au fond utérin. « C'est bien le cas, disent Boivin et Dugès, d'insinuer un stylet dans l'utérus pour s'assurer de sa vacuité, exploration ordinairement impraticable dans la rétroversion, moins à cause de la plénitude du viscère, que de la situation qu'il affecte. » Ce conseil, qu'il n'est permis de suivre que dans les circonstances les plus graves, n'a pas cependant toujours de résultat concluant : quand l'utérus rétroversé affecte la forme recourbée sur son corps que nous avons constatée dans quelques observations, entre autres dans celle de M. Depaul, le stylet pénètre facilement et donne une indication fausse autant que dangereuse.

Dans l'observation de M. Depaul, les petits chocs imprimés au col se communiquaient autant à la tumeur postérieure qu'à la tumeur hypogastrique ; de plus, la cause présumée des accidents (fatigues) parlait en faveur de la rétroversion. Aussi M. Depaul hésitait-il, et c'est en suivant le conseil de Boivin et Dugès qu'il a surtout été induit en erreur, de même que ses habiles consultants.

Il peut arriver aussi que les mêmes causes qui donnent lieu à la rétroversion à forme brusque, produisent la rupture d'un kyste extra-utérin (comme cela a probablement eu lieu dans l'observation de Capuron) ; mais alors une péritonite intense en est la suite avec le cortége des symptômes qu'on connaît ; la mort de la femme n'est pas rare dans ces cas.

Dans certaines circonstances, le diagnostic peut être très-difficile à poser et nécessite des mains exercées et une habileté très-grande ; il faudra donc imiter MM. Depaul et Capuron et s'entourer du plus grand nombre de confrères possible.

On ne doit pas hésiter à introduire autant de doigts qu'il paraît utile, toucher longtemps, tâcher de constater, d'exciter les contractions indolores ou douloureuses du corps utérin, reconnaître la forme de la matrice

à grosse extrémité postérieure, l'angle qui doit exister à l'union du corps et du col dans le cas où, le museau de tanche regardant en bas, on suppose une rétroflexion. Si l'on constate la présence d'inégalités fœtales, qu'on examine avec attention si elles ne sont pas séparées par une couche de tissus plus mince que d'habitude, si le ballottement n'est pas trop marqué; le col étant au milieu du pubis en avant, voir si la tumeur n'est pas déviée d'un côté en arrière sans que le doigt constate de latéroflexion; en suivant le col par une des parois latérales, qu'on essaie d'apprécier sa dépendance avec la tumeur qui est en arrière.

La tumeur hypogastrique est assez rare dans la rétroversion; elle dépend d'une inflexion spéciale de la matrice sur elle-même; la main doit, en palpant profondément à l'hypogastre, tâcher de s'assurer si elle se continue ou non avec celle de l'excavation; le toucher combiné, interne et externe, et les mouvements qu'on imprime à une des tumeurs ou au col et se communiquent d'un côté ou d'autre, doivent ordinairement lever tous les doutes.

Cependant les difficultés peuvent parfois être insurmontables, ainsi que le dit M. Bailly (V. *Archives de tocologie*, décembre 1874), et ainsi que le prouve une nouvelle et très-intéressante observation, rapportée longuement par M. Depaul dans son remarquable mémoire *De la grossesse extra-utérine péritonéale*, obs. 6e (*Archives de tocologie*, juin 1874). Le traitement symptomatique est seul indiqué alors; il faut attendre du temps des éclaircissements nouveaux, ainsi que le fit M. Depaul dans le cas suivant :

Obs. LXXX. — *Rétroversion à 4 mois de grossesse; difficulté du diagnostic; expectation; redressement spontané de l'organe; par* M. Depaul. — Femme de 37 à 38 ans, vue par M. le docteur Boinet. Après une suppression des règles pendant trois mois, survinrent des écoulements sanguinolents irréguliers; les mamelles, qui avaient augmenté de volume, laissaient suinter à la pression un peu de liquide lactescent; des douleurs de ventre s'étaient produites à différentes reprises et avaient occasionné de la fièvre. Quand je fus appelé à l'examiner pour la première fois, une grossesse pouvait remonter à quatre mois environ. Par le toucher, le col utérin fut trouvé refoulé derrière la symphyse pubienne et en haut. Le pourtour de l'orifice, difficilement atteint, me parut un peu ramolli. Une tumeur existait dans la courbure du sacrum. Elle était moins dure qu'un corps fibreux, souple, mais pas fluctuante. Le palper abdominal me permit de la retrouver à gauche, dépassant le détroit abdominal. L'auscultation ne donnait aucun résultat. Le cathétérisme utérin, si la prudence avait permis de le pratiquer, aurait seul dissipé les doutes.

Nous pensâmes qu'il fallait s'abstenir et demander aux changements ultérieurs de quoi nous éclairer. Notre conduite fut sage, car un mois après, ayant revu la malade, tout ce qui pouvait obscurcir le diagnostic avait disparu, le col avait repris sa situation normale, la tumeur de l'exca-

vation était remontée dans l'abdomen et dépassait de quatre travers de doigt le détroit supérieur. J'entendis le bruit de souffle et les battements du cœur. C'était une grossesse utérine qui s'était compliquée, pendant quelque temps, de rétroversion, déplacement qui s'était réduit plus tard spontanément.

7° Tumeurs de l'excavation. — Un ovaire peut augmenter de volume à la suite d'hypertrophie, de kystes solides ou liquides, d'abcès, de carcinôme, etc.; souvent alors il descend dans le cul-de-sac recto-vaginal, repousse la matrice en avant, et quelquefois de côté, et peut produire alors plusieurs des symptômes de la rétroversion. On sait, de plus, que, par suite de la sympathie qui unit tous les organes génitaux entre eux, les altérations de l'ovaire peuvent être accompagnées de quelques phénomènes sympathiques de la grossesse. On comprend donc que la confusion soit quelquefois possible.

Dans un cas d'hydropisie des deux ovaires, le gauche remplissait en partie l'abdomen, tandis que le droit était retenu par des adhérences dans le petit bassin; l'utérus était entre les deux, et son col se trouvait relevé contre la symphyse. Deux accoucheurs crurent à une rétroversion de l'utérus gravide, prenant l'ovaire droit pour le corps de la matrice. Ramsbotham cependant avait remarqué l'absence des modifications du col. L'autopsie seule démontra l'erreur.

L'observation de Suzanne Fletcher rapportée par Denman prouve que la confusion n'est pas facile, car si ce praticien jugea, à l'autopsie, que la situation de l'ovaire droit avait produit le même effet que l'utérus rétroversé, et que l'analogie des symptômes était trop évidente pour échapper à l'observation, il est plus évident encore qu'il suffisait de toucher la femme Fletcher et de connaître les accidents et la marche de son affection pour ne point la prendre pour une rétroversion de l'utérus gravide. Il faut bien remarquer, du reste, que ni Denman ni son ami Home n'avaient commis l'erreur dont nous parlons (V. *Traité d'accouchements* de Denman, t. I^er^, p. 147).

On ne peut pas bien décider de quelle nature étaient les tumeurs dans les cas de M^me^ Boivin et dans celui de Jourel.

Le premier fut examiné de plus par Dubois et Béclard, qui crurent aussi à la rétroversion et firent différentes tentatives de réduction, entr'autres avec le levier.

Il est à remarquer que ce fut l'idée de grossesse, admise par la malade, qui induisit en erreur ces illustres praticiens, car la fosse iliaque gauche était douloureuse, tuméfiée et le bassin était rempli par une tumeur énorme qui ne permettait même pas de glisser le doigt derrière le pubis, ce qui ne ressemble pas à la rétroversion. Du reste, les nouvelles explorations de

Mme Boivin et les réflexions de Dubois éloignèrent l'idée d'un déplacement de la matrice. La suite prouva en effet l'erreur du premier diagnostic. Voici cette observation, intéressante à plus d'un titre.

Obs. LXXXI. — *Tumeur de la cloison recto-vaginale, prise pour un utérus rétroversé, par* Mme Boivin (1). — Une fille de 22 ans était affectée depuis cinq jours d'une constipation opiniâtre, d'une strangurie complète, et, plus récemment, de vomissements répétés de matière verdâtre. La fosse iliaque gauche était douloureuse et tuméfiée. On commença par la couvrir de sangsues, puis de cataplasmes; on y joignit des bains de siége; les lavements ne purent pénétrer dans l'intestin ni la sonde dans la vessie. Le toucher démontra qu'une tumeur énorme remplissait toute la capacité du petit bassin : le vagin en était si fortement repoussé d'arrière en avant, qu'il devenait *impossible de glisser le doigt derrière le pubis*. La malade ne rejetant pas la possibilité d'une grossesse, on pensa à une rétroversion de l'utérus gravide; mais les tentatives de réduction furent inefficaces. Quelques jours plus tard, le diagnostic s'affermit de l'approbation des professeurs Dubois et Béclard, et les efforts de réduction furent renouvelés; après un bain tiède et l'évacuation de l'urine au moyen de la sonde, on essaya même de faire basculer l'utérus, à l'aide d'un levier porté dans le vagin, sous le pubis, et qui devait déprimer le col utérin tandis qu'un aide repoussait en haut le fond de l'organe par le rectum.

La réduction ne fut pas obtenue, mais il y eut une amélioration telle, que la malade put uriner abondamment sans le secours de l'art et qu'une douche ascendante put le lendemain pénétrer dans le rectum et procurer une copieuse déjection.

Depuis lors, les évacuations d'urine et de matières fécales furent spontanées. Mais le ventre étant tendu, douloureux, on en revint aux sangsues et aux demi-bains.

De nouvelles explorations et de nouvelles tentatives de réduction donnèrent des doutes sur l'exactitude du diagnostic; car, quoique indolente et lisse comme l'utérus gravide, la tumeur était rénittente, sans apparence de fluctuation ni ballottement.

N'était-ce point un engorgement de l'ovaire précipité dans le bassin ou bien une tuméfaction de la cloison recto-vaginale?

Au moyen du spéculum, on appliqua douze sangsues sur la paroi postérieure du vagin; la tumeur diminua de volume et permit à l'utérus de redescendre dans le vagin et de se laisser toucher et apprécier dans sa dimension normale, quoique repoussé encore en avant. L'erreur du premier diagnostic était ainsi démontrée. C'est là que se bornèrent les recherches, car la malade quitta l'établissement.

L'observation de Jourel n'est pas assez explicite pour pouvoir se prononcer sur la nature de la tumeur. Dugès et Boivin, et plusieurs auteurs à leur suite, ne peuvent croire à une grossesse, parce qu'ils n'admettent pas

(1) Boivin et Dugès, *loc. cit.* t. I. p. 145.

la possibilité de voir le fœtus se dissoudre tellement à trois mois qu'on n'en retrouve aucune trace; ce fait est cependant regardé comme ayant eu lieu par Jourel. Je ne puis non plus me rallier à son opinion. N'est-il pas plus probable qu'un kyste de l'ovaire, par exemple, existait et en ait imposé pour une grossesse?

Ce kyste ponctionné a produit la quantité de liquide expliquée par Jourel : *ubi stimulus, ibi affluxus;* il s'en est suivi une péritonite : pouls petit, fréquent, face pâle, région hypogastrique douloureuse, vomissements, prostration des forces, puis formation d'un abcès qui s'est ouvert dans le rectum.

C'est à tort, me semble-t-il, que M. Bernutz considère le cas de Jourel comme étant une hématocèle rétro-utérine.

Voici du reste cette observation qui, malgré sa longueur, mérite d'être rapportée dans tous ses détails.

Obs. LXXXI. — *Rétroversion (?) irréductible; ponction de l'utérus (?) par le vagin; guérison; par* Jourel, *de Rouen* (1). — Une femme de 23 ans, lymphatique, déjà accouchée heureusement plusieurs années auparavant, éprouva tous les symptôme d'une nouvelle grossesse. Six semaines après leur manifestation, à la suite d'une espèce d'orgie dans laquelle elle fut balancée et secouée par quatre hommes qui la tenaient suspendue par les bras et les jambes, elle fut tourmentée d'un écoulement de sang par le vagin, de douleurs aux reins, aux aines, de pesanteur au périnée, de difficulté dans la marche et dans l'excrétion des matières stercorales.

Jourel, consulté au bout de quinze jours, conseilla le repos, les boissons astringentes, et ne revit pas la malade pendant un mois qu'elle alla habiter la campagne.

Au bout de ce terme, elle lui apprit que la perte de sang n'avait cessé que depuis deux jours, mais que tous les autres symptômes avaient progressivement augmenté, au point qu'elle ne rendait que très-difficilement les urines et les matières fécales. Cathétérisme et lavement.

Le 13 septembre, six jours après le retour de la malade, le doigt porté dans le vagin, rencontra un corps ferme, tendu, figuré comme la matrice dans les premiers mois de la gestation, dont la grosse extrémité comprimait le rectum, et la petite, la vessie qu'elle appliquait contre le pubis. A ces signes, Jourel et un de ses confrères reconnurent la rétroversion de l'utérus, et, après avoir vidé la vessie et le rectum, il tentèrent de replacer l'organe en le repoussant avec trois doigts introduits d'abord dans le vagin, ensuite dans le gros intestin (diète, bains tièdes).

Le lendemain, assistés de deux autres confrères, ils placèrent la malade, au sortir du bain, sur les coudes et les genoux, et firent encore des essais inutiles avec toute la main introduite dans l'anus jusqu'aux os du métacarpe, (saignée du bras, bain tiède). Le soir du même jour, tentative

(1) Moreau, *loc. cit.* p. 227.

infructueuse pour introduire un cathéter dans le col afin de percer les membranes. Dans cette circonstance déplorable, ils ne crurent pas devoir faire la symphysiotomie, mais préférèrent la ponction de l'utérus par le vagin, conseillée par Gardien et d'autres, mais que personne n'avait encore pratiquée.

Jourel fit l'opération avec le trocart ordinaire, conduit le long de l'indicateur de la main gauche; il s'écoula environ une livre d'eau sanguinolente, quantité qui semble supérieure à celle qu'indiquent la plupart des auteurs à cette époque de la grossesse, mais que les circonstances particulières de la rétroversion pourraient expliquer : *ubi stimulus, ibi affluxus.* Aussitôt la matrice devint plus molle, le pouls moins fréquent, et l'état général de la malade sembla s'améliorer. (Potion émolliente, bain tiède, lavement émollient.) On ne tenta pas la réduction immédiate, la malade était trop fatiguée.

Dès lors, les urines coulèrent librement, et le sommeil revint. Le surlendemain, tout était dans le même état; beaucoup de sérosités coulèrent par le vagin; l'utérus était un peu douloureux, on fit usage d'injections narcotiques et de fomentations émollientes.

Le 17, pouls plus fréquent, plus petit; face pâle, hypogastre douloureux au toucher; utérus dur, sensible ; réapparition de la dysurie, vomissements à deux reprises, émission de vents par l'anus; prostration des forces, écoulement vaginal supprimé.

Le 18, l'écoulement reparait, selles liquides; diminution des accidents qui continue les jours suivants, à l'exception de la grande faiblesse; émission des urines en partie volontaire, en partie involontaire.

Le 22, signes d'adynamie avec écoulement grisâtre et putride par le vagin, sortie involontaire et abondante de l'urine dans la position verticale (lavements de quinquina, injections toniques).

Les jours suivants, les forces reparurent; l'écoulement fétide n'eut plus lieu que par intervalles; signe certain, surtout en le joignant aux autres déjà indiqués, que l'on n'avait pas fait la ponction de la vessie, en croyant la pratiquer sur le corps de l'utérus.

Ce ne fut que le 27 que le col de la matrice toujours recourbé, reprit sa place dans la partie moyenne du bassin. Le 2 octobre, l'organe avait son volume naturel, son orifice était dirigé du côté du rectum, et l'écoulement du vagin fort diminué. Il sortait par le rectum un liquide blanc, semblable au pus phlegmoneux. Le pouls était fréquent surtout le soir, et ressemblait à un léger accès de fièvre hectique. La matière de l'écoulement recouvrait les excréments et sortait en abondance avant leur excrétion. Cet accident diminua progressivement et céda entièrement le 10.

La malade alla habiter la campagne pendant trois semaines; mais pendant ce temps, et jusqu'au 25 décembre que ses règles parurent, elle éprouva une tension douloureuse du ventre, des coliques passagères; les selles étaient tantôt liquides, tantôt solides. Depuis l'éruption des menstrues, elle a joui d'une bonne santé.

On voit, dit Jourel, qu'à cette époque de la gestation, les débris d'un

fœtus peuvent se dissoudre et disparaître avec les liquides, sans qu'on les aperçoive d'une manière distincte.

En résumé, certaines tumeurs siégeant à la partie postérieure de l'excavation pelvienne, spécialement celles qui dépendent d'une augmentation de volume des ovaires, kystes des ligaments larges, fibrômes de la cloison recto-vaginale, peut-être, dans certains cas, une tumeur stercorale du rectum ou une excroissance fibreuse ou polypeuse de cet intestin, peuvent à un premier examen en imposer pour une rétroversion de l'utérus gravide. Mais, en tenant compte de la façon dont les accidents se sont développés, en se renseignant sur les phénomènes antérieurs, en examinant avec attention, on arrivera à savoir exactement si l'on a affaire à une rétroversion et dans le cas contraire à distinguer l'indépendance de l'utérus et de la tumeur qui l'a repoussé en avant. La consistance et la marche des tumeurs fibreuses, cartilagineuses, osseuses, de la concavité sacrée sont caractéristiques.

Toutes ces tumeurs ne peuvent produire la rétention d'urine que si leur volume est excessif et cela demande du temps : alors le doigt, comme dans l'obs. de M^me^ Boivin, ne peut pénétrer en avant, ce qui est toujours possible et facile dans la rétroversion; de plus, l'utérus est d'autant plus accessible qu'il est repoussé par la tumeur, son col regarde en bas et les signes de grossesse n'existent point. Ces tumeurs ne présenteront du reste jamais la souplesse ni les autres qualités du globe utérin distendu par la conception.

On ne confondra jamais un kyste ovarique abdominal avec la tumeur formée par la vessie distendue, malgré l'affirmation de la malade qu'elle urine beaucoup, que l'eau qui s'écoule provient de la matrice et non de la vessie (obs. d'Amussat). On aura pour éviter l'erreur le développement rapide du ventre, la cause qui l'a produit, l'urine qui s'écoule quand on presse fortement, la forme, la situation de la tumeur, le cathétérisme enfin qu'on ne devrait jamais oublier dans le cas de tumeur fluctuante abdominale.

8° Hématocèle rétro-utérine. — M. Mikschik, de Leipzig, a publié une observation d'hématocèle prise pour une rétroversion; la réduction étant impossible, on ponctionna la tumeur et il s'en écoula deux litres et demi de sang; la malade mourut de péritonite et l'autopsie démontra l'existence d'une poche volumineuse pleine de sang, située entre le rectum et le vagin. Remarquons que la malade entra à l'hôpital pour une suppression de règles datant de deux mois et que, après avoir vidé la vessie, la prétendue tumeur utérine s'élevait jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic; cette tumeur était *immobile, sensible, difficile à limiter* et semblait se prolonger vers la vulve et le rectum; ce n'étaient pas là des caractères

d'un utérus *rétroversé* à deux ou trois mois de gestation. Mais on crut sentir, pendant les douleurs très-fortes, des contractions peu intenses dans la tumeur vaginale, venant probablement de la tension produite dans le kyste hématique par les contractions des muscles abdominaux. Cependant, malgré la mollesse très-grande de la tumeur vaginale, on n'y sentait aucune saillie fœtale; de plus la sonde fut introduite dans la cavité utérine et en sortit couverte de mucus. (V. obs. in Voisin, *De l'hématocèle rétro-utérine*, thèse de Paris, 1858, n° 16.)

M. Courty signale également un cas observé par M. Puech, dans lequel on avait cru tour à tour à une fausse couche imminente et à une rétroversion de l'utérus; c'était une hématocèle qui fut révélée par la sortie d'un liquide semblable à du résiné.

M. Depaul a rapporté le cas suivant où le diagnostic n'a été possible que grâce à un examen antérieur.

Obs. LXXXII. — Une dame d'environ 40 ans, non primipare, m'avait déjà consulté pour savoir si une petite affection du col de l'utérus, qui avait été récemment soignée par deux cautérisations au fer rouge pratiquées par un collègue distingué, était bien définitivement guérie : de mon examen il résulta que la petite ulcération avait disparu et que la matrice parfaitement mobile était à sa place. Il y avait cinq semaines que je l'avais fait, lorsque mon collègue, M. Chauffard, qui était devenu le médecin habituel de cette dame, me demanda de la voir avec lui. Il me raconta que huit jours avant, il s'était produit un mouvement fébrile très-marqué, précédé de frisson; en même temps le ventre était devenu douloureux et bientôt il y avait eu impossibilité d'uriner; depuis plusieurs jours le cathétérisme était pratiqué soir et matin. Sa menstruation avait été un peu irrégulière depuis deux mois; il y avait de temps en temps un suintement sanguinolent peu abondant. Mon confrère, chaque fois qu'il introduisait la sonde, avait la sensation d'un obstacle qu'il fallait vaincre pour pénétrer dans la vessie.

Voici ce que l'exploration que je fis me permit de reconnaître. Le col n'était plus à sa place; je le trouvai tout à fait en haut, accolé à la symphyse pubienne et très-difficile à atteindre; son orifice externe était entr'ouvert et peu modifié quant à la consistance. Toute la courbure du sacrum était remplie par une masse volumineuse, de consistance moitié molle, moitié ferme, sans fluctuation, et qui, repoussant en avant la paroi postérieure du vagin, remplissait plus des trois quarts de l'excavation pelvienne. Elle se prolongeait très-bas en refoulant le cul-de-sac péritonéal et son extrémité inférieure n'était pas éloignée de plus de 2 centimètres de l'orifice anal. Le toucher rectal conduisit à des résultats identiques en démontrant que la tumeur était dans le cul-de-sac du péritoine. L'intestin comprimé longeait sa région postérieure. Le palper abdominal était rendu difficile par un embonpoint un peu exagéré, cependant nous nous assurâmes qu'il y avait de la matité dans la fosse iliaque gauche et

nous eûmes la sensation d'une rénittence indiquant la présence d'un corps étranger.

Ce à quoi cet état ressemblait le plus de prime abord, c'était à un cas de rétroversion utérine compliquant une grossesse de trois ou quatre mois; mais j'avais vu la malade un mois avant et je savais que cela ne pouvait pas être, je m'étais également assuré qu'elle n'avait ni corps fibreux, ni kyste de l'ovaire, et un temps assez long ne s'était pas écoulé pour que des tumeurs de cette nature eussent pu prendre un pareil développement. D'ailleurs ce qu'on touchait n'en avait pas la forme ni la consistance. Un phlegmon péri-utérin ne nous parut pas admissible : il n'y avait presque plus de douleur, et toute réaction inflammatoire avait disparu, l'existence d'une grossesse extra-utérine ne pouvait être acceptée. Une fécondation remontant à quatre ou cinq semaines n'aurait pas donné lieu à un kyste fœtal d'un pareil volume. Après avoir passé en revue toutes les éventualités qu'un état semblable pouvait suggérer, nous nous arrêtâmes à l'idée d'une hématocèle rétro-utérine. La forme de la tumeur, sa consistance, son brusque développement, le refoulement considérable du cul-de-sac péritonéal postérieur en bas, tout nous parut se réunir pour nous confirmer dans cette opinion. Il ne restait plus, pour arriver à la certitude, qu'à pratiquer le cathétérisme de la matrice. Une sonde fut introduite avec précaution à travers l'orifice et pénétra à cinq centimètres et demi de profondeur, en montant verticalement dans la direction de la symphyse pubienne. Tout ce qui s'est passé depuis a confirmé notre diagnostic. (Extrait des *Archives de tocologie*, 1874, p. 265.)

L'hématocèle rétro-utérine, de même que le plus souvent la rétroversion, débute subitement; si l'épanchement a lieu derrière l'utérus, il repousse ce viscère en avant et le col va presser l'urètre et empêcher la miction; la constipation en est aussi une suite habituelle, de même que les douleurs abdominales intermittentes. Mais l'hématocèle présente au moment où elle se manifeste, les différents symptômes de péritonite subaiguë et d'hémorrhagie interne; l'état fébrile existe dès l'abord avec son maximum d'intensité, pour s'atténuer ensuite graduellement; le contraire a lieu dans la rétroversion; la fièvre n'existe pas au commencement, ne se montre qu'au bout de plusieurs jours et est manifestement sous la dépendance de la rétention d'urine.

L'hématocèle est annoncée par des frissons répétés, accompagnée de lipothymies, de syncopes, de soif ardente, pouls abdominal, nausées, vomissements, face grippée; bientôt arrive une décoloration de la peau, qui devient d'un blanc mat ou prend quelquefois la teinte jaune paille indiquée par M. Nélaton et constatée dans plusieurs des observations de M. Voisin (six fois sur vingt-quatre cas où la teinte est indiquée).

L'hématocèle se produit quelquefois subitement après une suppression des règles ou peu de jours après la cessation de l'écoulement; les symp-

tômes de grossesse n'existent point (dans deux cas cependant cités par Voisin, l'hématocèle coïncidait avec la grossesse).

Dans l'hématocèle, l'abdomen a augmenté de volume; non-seulement les intestins sont tympanisés, mais en palpant l'abdomen (ce qui n'est pas toujours facile dès l'abord, contrairement à la rétroversion) on découvre une tumeur, n'occupant presque jamais la ligne médiane (elle existe le plus souvent à droite), plus ou moins volumineuse, s'étendant dans la fosse iliaque, rénittente et molle au début, puis prenant une densité inégale, présentant des bosselures, des noyaux durcis.

Dans la rétroversion, ni la vessie distendue, ni la matrice ne pourront être confondues avec cette tumeur.

Par le vagin, on sent une tumeur molle, fluctuante qui prend après, comme celle dont nous venons de parler, une consistance irrégulière : elle occupe exactement la largeur de l'excavation ou bien n'existe que d'un côté, mais ne peut être exactement limitée comme le fond utérin; elle se continue manifestement avec la tumeur sus-pubienne et la sensation de flot peut quelquefois être donnée par la main hypogastrique, au doigt qui pratique le toucher. Le doigt constate l'indépendance de l'utérus et du col par rapport à la tumeur : un choc imprimé à cette dernière par le rectum, n'est pas transmis au col ou ne l'est qu'imparfaitement. Quelquefois enfin la tumeur sanguine communique au doigt qui le presse, ce *frémissement de déchirement de caillot hématique*, signalé par M. Puech et constaté très-nettement par M. Béhier dans un cas qu'il a eu l'occasion d'observer.

La rétention d'urine est assez rare dans l'hématocèle, le plus souvent on ne constate que la dysurie, des envies fréquentes d'uriner.

Enfin, dans les cas d'hématocèle extra-péritonéale, on découvrira peut-être avec le spéculum la coloration violacée du vagin limitée à une partie postérieure ou latérale de son contour.

9° Pelvi-péritonite. — L'observation que j'ai rapportée précédemment (n° XXII), nous montre une rétroversion prise pour une péritonite. On peut parfaitement comprendre cette méprise puisque la péritonite existait et que les parties externes de la génération étaient tellement douloureuses et gonflées que le toucher était impossible. Evidemment les renseignements obtenus, quoique indiquant une rétroversion, ne pouvaient nullement en donner la certitude. L'état de la malade du reste empêchait toute intervention, car les efforts de réduction n'auraient probablement eu d'autre résultat que de hâter l'issue funeste.

Mais le cas inverse ne peut-il se présenter et ne peut-on pas prendre pour le fond de l'utérus rétroversé la tumeur formée par l'inflammation péri-utérine?

Constatons d'abord que cette dernière est ordinairement secondaire et

apparait souvent après un accouchement ou un avortement et est alors facilement distinguée de la rétroversion post-partum non-seulement par le toucher, mais encore par ses débuts caractéristiques.

En dehors de l'état puerpéral non plus, la confusion n'a jamais eu lieu que je sache.

L'invasion de l'inflammation aux tissus péri-utérins est marquée par un frisson violent; la fièvre est intense, la peau chaude, etc. La rétroversion au contraire débute sans troubles généraux. La douleur spontanée du bas-ventre, dans la périmétrite, est continue, très-grande, et rend au commencement le palper abdominal difficile, et le toucher vaginal presque impraticable. Quand l'examen est possible, on trouve à l'hypogastre une tumeur mal définie, rénittente, aplatie ou arrondie, sensible à la pression, ordinairement peu volumineuse, mais pouvant même arriver à l'ombilic. Par le vagin, on constate que la matrice est déplacée en masse, le plus souvent de côté, quelquefois en avant; le corps est comme immobilisé et le col parait implanté sur une base solide : la tumeur de la pélvi-péritonite est toujours séparée par un sillon du col de l'utérus dont on reconnaitra l'indépendance (Courty) en essayant de le faire basculer, après l'avoir bien rapproché de la tumeur, pour lui restituer un peu de mobilité en faisant cesser la tension qui existe sur les liens unissant l'utérus à la tumeur.

La tumeur de la pelvi-péritonite est ordinairement assez élevée, douloureuse à la pression, ne renfermant pas d'inégalités, grosse comme une amande ou une orange, rarement circonscrite, d'abord dure, puis molle si elle passe à la suppuration; quelquefois mobile, mais le plus souvent unie à l'utérus qui peut y être pris comme dans une espèce de gangue dont le col seul se dégage; mais la distinction sera toujours facile, par le sillon qui les sépare, par leur mobilité relative, par la différence de consistance moindre pour la tumeur et d'élasticité moindre dans l'utérus, par la différence de niveau qui porte la tumeur plus bas ou plus haut que l'utérus ou dans des directions que cet organe ne peut affecter (Courty). Enfin les symptômes rationnels de grossesse n'existent point; la rétention des urines et des matières fécales est moins fréquente, moins importante, plus facile à lever; le vagin et le méat urinaire n'ont guère subi de déviation.

A l'état chronique, la pelvi-péritonite se manifeste sourdement par de l'anorexie, malaises, constipation ou diarrhée, douleurs sourdes iliaques ou hypogastriques, règles supprimées ou peu abondantes, redoublements inflammatoires aux époques, fièvre, amaigrissement.

Ces symptômes, joints à l'examen local attentif et à l'absence des signes de grossesse, permettront de ne pas confondre l'état chronique avec la rétroversion lente de l'utérus gravide.

CHAPITRE VIII.

Traitement.

Le traitement de la rétroversion de l'utérus gravide doit être divisé en *prophylactique*, *symptomatique*, *curatif*, et *consécutif*.

A. Traitement prophylactique.

Il comprend les moyens à employer pour éviter le déplacement, lorsque dans une grossesse antérieure il s'est déjà produit, ou bien quand une femme enceinte présente quelques-uns des signes que nous avons appelés prémonitoires, et dans toutes les circonstances enfin qui font craindre l'accident.

On comprend qu'on doive surveiller une femme qui a déjà fait plusieurs fausses couches, surtout si l'on soupçonne qu'elles ont pu être produites par une rétroversion; de même si l'on sait qu'une femme enceinte a été antérieurement atteinte d'une inflammation péri-utérine qui a pu laisser des adhérences; de même aussi dans les cas où un déplacement utérin préexistait à la conception, ou bien s'il existe quelqu'une des causes prédisposantes que nous avons énumérées.

Il faudra souvent tenir un langage ferme et insister sur les conséquences possibles d'une imprudence.

La femme enceinte qui se trouve dans une des conditions que nous venons de citer doit s'abstenir de fatigues, de longues marches, surtout de la course, de la danse, de l'équitation, des promenades en voitures; les efforts surtout lui sont interdits, tels que soulèvement ou transport de fardeaux, ou même d'ustensiles de ménage un peu lourds.

Les aliments doivent être légers, et le ventre nullement comprimé; si les selles sont difficiles, elles seront aidées par des lavements mucilagineux ou huileux ou même un peu laxatifs; les efforts de défécation doivent être évités.

Une attention plus grande encore devra être accordée à la fonction urinaire. Il sera recommandé à la femme de ne pas rester longtemps sans uriner, et, si elle éprouve déjà quelque difficulté pour vider complétement la vessie, il sera bon de pratiquer le cathétérisme au moins une fois par jour pour être bien sûr qu'il ne se fera pas d'accumulation de liquide dans le réservoir.

Si on croyait le déplacement imminent (voir obs. 32 et 39, de M. Hubert, et 31, de Parent), il faudrait recommander le repos absolu en engageant la femme à se tenir couchée sur un côté et le plus possible en pronation, la cuisse supérieure croisée au-dessus et au devant de l'autre, pour que le

bassin s'incline un peu en avant : quand la femme fatiguée sur un côté, veut se reporter sur l'autre, elle doit faire le demi-tour du côté du ventre (Hubert).

Si l'on constate que le fond de l'utérus est sur le point de passer en dessous du promontoire ou que la matrice présente une mobilité exagérée, on devra conseiller à la femme de prendre, deux ou trois fois par jour, et pendant quelques minutes, une position telle que la pesanteur seule rétablisse l'organe dans sa situation normale : ainsi la femme pourra se placer sur les coudes et les genoux, s'agenouiller sur un tabouret et appuyer l'avant-bras sur le plancher, etc.; on a vu que c'est en agissant de cette façon (obs. 32) que Mme E. G..., est parvenue à réduire seule plusieurs fois son utérus trop mobile.

Certains auteurs ont recommandé de faire porter un pessaire, une vessie Gariel, etc. M. Barnes rapporte (*Leçons sur les opérations obstétricales*, Paris, 1873) qu'il a employé fréquemment le pessaire de Hodge pour soutenir l'utérus rétrofléchi pendant les trois premiers mois de la gestation, afin de l'empêcher de s'incarcérer derrière le promontoire, et il conseille de ne jamais omettre cette précaution chez les femmes qui ont une fois souffert de rétroversion ou de rétroflexion, surtout si elles ont déjà eu des fausses couches. MM. Rasch et Wynn Williams suivent la même pratique (Société obst. de Londres, séance du 7 février 1873). J'ai rapporté plus haut (obs. 33 et 34) les deux observations très-remarquables de M. Phillips, qui prouvent l'excellence de cette méthode. Ces deux femmes avaient eu une série de fausses couches, occasionnées par la rétroflexion de la matrice; le pessaire fut placé avant la conception et ne fut retiré qu'à cinq et à six mois.

On sait cependant que les corps étrangers introduits dans le vagin peuvent eux-mêmes provoquer l'avortement; il ne faut donc se décider à y recourir, *pendant la grossesse du moins*, que s'il s'agit d'un sujet indocile, et en ayant soin de prévenir que le pessaire devrait être enlevé immédiatement, si quelque symptôme de fausse couche se présentait.

Je ne serais disposé à suivre l'exemple de Parent et à placer une sonde à demeure, que dans des circonstances tout à fait spéciales (voir obs. 31).

Le traitement prophylactique doit être continué jusqu'au moment où l'utérus a dépassé le détroit supérieur et ne peut plus, à cause de son volume, tomber en rétroversion, c'est-à-dire jusqu'à 3 1/2 ou 4 mois au moins.

B. Traitement symptomatique.

Il est rationnel et pratique de parler du traitement des symptômes avant d'aborder le traitement curatif, non pas tant parce que certains d'entre eux,

et spécialement la rétention d'urine et des matières fécales, sont regardés par plusieurs auteurs comme des causes, sinon ordinaires, du moins fréquentes du déplacement, mais surtout parce que :

1° Plusieurs symptômes, et la rétention d'urine en première ligne, sont toujours pressants quand ils existent et exigent les secours les plus prompts;

2° Quelques-uns, rétention d'urine, accumulation des fèces, par les efforts qu'ils provoquent, tendent constamment à augmenter le déplacement, et le traitement curatif n'est pas toujours immédiatement possible;

3° Ces mêmes symptômes torturent la femme et hâtent l'avortement ;

4° Le traitement curatif ne peut être raisonnablement, et souvent efficacement, employé que si la vessie et le rectum son vides, les parois utérines dégorgées, l'état général amélioré.

On comprend donc combien important est, dans le cas qui nous occupe, le traitement symptomatique, puisqu'il prime, dans les circonstances ordinaires, la cure radicale; nous verrons même que, suivant Denman et beaucoup d'autres auteurs, il peut souvent suffire seul pour remédier au déplacement.

Nous allons examiner les différentes indications offertes par la rétention d'urine, la constipation, les douleurs, les symptômes généraux et quelques accidents spéciaux.

A) Rétention d'urine. — Nous connaissons la fréquence et la gravité de ce symptôme, ses causes et ses effets. Rappelons seulement que la vessie distendue presse sur la partie supérieure de la matrice, que le col utérin est ordinairement entraîné et maintenu en avant et en haut, par les adhérences intimes qui l'unissent au bas fond du réservoir, et que les efforts faits par la femme pour uriner tendent constamment à refouler l'utérus en bas.

Il est ordinairement difficile et quelquefois impossible de remettre la matrice en place avant d'avoir vidé le vessie; dans quelques cas la suite a bien prouvé la cause de l'insuccès des tentatives de réduction, puisque après le cathétérisme les manœuvres ont réussi.

Tous les auteurs du reste sont d'accord pour reconnaître que le cathétérisme est le premier moyen à employer, quand on est appelé près d'une femme atteinte de rétroversion avec rétention d'urine. Par là, en effet, on enlève immédiatement un des symptômes les plus importants, et ordinairement le plus important; on diminue les douleurs et les efforts pour uriner, incessants et si préjudiciables; on rend la palpation profonde du bas-ventre possible; on évacue un liquide qui, par un séjour déjà trop prolongé, n'a pas laissé la muqueuse vésicale indemne; on permet au col utérin de suivre parfaitement le mouvement de bascule imprimé au corps,

et enfin à ce dernier de se relever, soit spontanément, soit à la suite de certaines manœuvres.

Il peut même être dangereux de ne pas commencer par le cathétérisme, car on peut craindre la rupture de la vessie, les lésions inflammatoires de ce réservoir causées par le contact plus prolongé d'une urine altérée, l'augmentation du déplacement, les contractions abortives de l'utérus, les douleurs excessives éprouvées par la femme, l'urémie, des lésions vésicales ou utérines par les efforts plus énergiques qu'exige la réduction.

Il est quelquefois permis et même ordonné d'attendre avant de réduire; mais *toujours* le cathétérisme est indiqué immédiatement.

L'évacuation de l'urine produit constamment du soulagement et souvent fait presqu'immédiatement disparaître des symptômes généraux sérieux; quelquefois même le soulagement est tel que la femme se croit guérie, est étonnée qu'il y ait encore quelque chose à faire et peut même reprendre ses occupations (obs. 70).

La nécessité du cathétérisme, comme premier soin à donner, mise hors de doute, voyons comment on doit s'y prendre.

Les changements apportés dans la situation du méat urinaire et la direction de l'urèthre rendent l'opération délicate, souvent difficile, quelquefois impossible. La première introduction présente le plus de difficulté, parce que après, on ne laisse pas à la vessie le temps de se dilater outre mesure et qu'on a déjà pu reconnaître la déviation du conduit.

La sonde de femme ordinaire peut rarement servir, parce qu'elle est trop courte et trop rigide pour s'adapter à la direction parfois coudée, sinueuse de l'urèthre; elle peut occasionner une fausse route; dans un cas rapporté par M. Baynham (Burns, p. 184), on supposait que la sonde entrait librement, mais il s'écoulait du sang; la malade mourut et l'on vit que l'instrument avait traversé pendant la vie l'urèthre et le vagin, et était entré dans l'orifice de l'utérus en passant entre les parois de la matrice et les membranes, sans les rompre.

Il faut choisir une sonde plus grande et plus flexible, celles en gomme pour hommes, déjà recommandées par Denman, conviennent le mieux; on peut les introduire avec mandrin, comme le conseillent certains auteurs, mais on doit aussi les essayer sans mandrin dans les cas où l'on ne parvient pas au résultat désiré.

La recherche du méat, caché comme nous l'avons vu, n'est pas toujours simple et M. Salmon donne à cet effet plusieurs indications utiles. Dans les cas obscurs, la femme doit être placée comme pour les opérations obstétricales; on recherche des yeux l'ouverture de l'urèthre, en écartant largement les petites et les grandes lèvres; si l'on ne voit rien, on porte l'indicateur dans le vagin, le plus haut possible, sous les pubis, puis on le ramène

en attirant en avant la plus grande partie possible des parties correspondantes au canal de l'urèthre et au méat urinaire ; on a soin de ne pas prendre pour ce dernier l'un des grands orifices folliculaires qu'on remarque au vestibule. On peut également faire la même manœuvre, la femme étant couchée sur le côté. Dans certains cas, on parviendra à introduire la sonde en la guidant sur l'indicateur et en ayant soin de porter le bec immédiatement au-dessus du doigt, sur le milieu de la paroi antérieure du vagin. Il faut penser aussi au tubercule qui se trouve immédiatement au-dessous du méat.

Un autre moyen de se connaître a été préconisé et employé avec succès par différents auteurs ; il consiste à faire suinter quelques gouttes d'urine, soit en pressant sur l'hypogastre, soit en repoussant le fond de l'utérus, ou en déplaçant le col de côté, de façon à faire cesser la compression de l'urèthre. Par ces derniers moyens, on est même quelquefois parvenu à vider complètement la vessie ; mais le premier peut être dangereux. Cazeaux conseille cependant, quand les autres manœuvres pour vider la vessie ont été infructueuses, d'exercer des pressions modérées sur l'hypogastre, de comprimer lentement la vessie et de faire pour ainsi dire uriner le malade par regorgement. Ce conseil, complètement rejeté par Elleaume, peut cependant être suivi en procédant avec la *modération* et la *lenteur* commandées par les préoccupations que donnent l'état de la vessie et sa rupture possible. C'est donc l'état probable de ce réservoir qui doit ici servir de guide et on doit se rappeler l'observation faite par Lacroix, que la vessie distendue lentement prend une épaisseur proportionnelle à son volume, tandis que les parois sont amincies si la dilatation a été rapide.

Dès que le méat urinaire est trouvé, la sonde est introduite directement en haut, à cause de la nouvelle direction de l'urèthre et il faut abaisser fortement le pavillon pour suivre la paroi antérieure du bassin contre laquelle le canal se trouve comprimé.

Denman recommande la plus grande douceur en poussant la sonde, « le succès de l'opération, l'aise et le salut de la malade en dépendent en grande partie. Car si on veut l'introduire avec précipitation, ou s'efforcer de surmonter la résistance par la force, on se verra trompé dans l'attente et il ne sera guère possible d'éviter la lésion des parties. » On est, du reste, bien revenu aujourd'hui de toutes les espèces de cathétérisme forcé. Encore ici M. Salmon, avec Ramsbotham, conseille, dans les cas difficiles, de placer la femme sur le côté et de faciliter l'introduction de la sonde en agissant sur le col ou sur le fond de l'utérus. Il est quelquefois bon aussi de faire prendre à la malade la position dans laquelle elle urine le mieux et d'opérer en tournant l'instrument et non en l'enfonçant. Le même auteur émet l'avis qu'on pourrait, au moment où la sonde atteint l'obstacle, retirer le man-

drin, faire brusquement dans l'algalie une injection d'eau tiède et à cet instant la faire avancer au moyen d'une légère impulsion.

On a conseillé aussi d'introduire la sonde d'homme par le procédé du tour de maître, la convexité d'abord dirigée en avant, puis retournée en arrière quand le bec est arrivé au-dessus du pubis.

Lorsque l'urine cesse de couler, il faut constater si la vessie est complétement vide; car quelquefois elle forme pour ainsi dire deux compartiments, un supérieur et un inférieur séparés par le col utérin et si l'on retirait trop tôt la sonde, une nouvelle opération serait nécessaire. On peut aider à l'écoulement par des pressions modérées sur le bas-ventre et en imprimant à l'algalie quelques mouvements bien dirigés.

Si d'un côté le cathétérisme est souvent assez facile et ne demande pas tous les soins et les tâtonnements que nous venons de passer en revue, en revanche, il est dans certains cas impraticable, quelles que soient les précautions et l'habileté de l'opérateur.

Que faire dans ces circonstances, heureusement fort rares?

Si l'état général est satisfaisant, on pourra attendre en remédiant aux autres accidents, surtout à la constipation et à l'œdème des parois utérines. Peut-être pourrait-on utiliser le moyen rappelé par M. Cazenave, de Bordeaux (*Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, 1873, n° 7), et qui consiste, comme on sait, à introduire dans le rectum un morceau de glace dépoli et à appliquer de la glace pilée sur le périnée. Le froid est un puissant résolutif; il servirait dans ce cas à dégorger l'utérus et à en diminuer le volume par l'astriction exercée sur les parois du viscère : deux conditions favorables pour faciliter le cathétérisme.

Après de nouvelle tentatives pour introduire la sonde, on pourra employer quelques manœuvres prudentes, une position appropriée (voir plus loin) pour opérer la réduction; mais peut-on espérer y parvenir, alors qu'on n'a pas même pu déplacer suffisamment le col ou le corps de la matrice pour permettre l'introduction du cathéter?

On devra donc arriver à la ponction de la vessie, qui sera d'autant plus urgente que l'état général de la femme sera plus mauvais et permettra moins les manœuvres.

M. Salmon est bien près de rejeter cette ponction et semble, du reste, en principe, opposé à toute opération dangereuse. On ne peut cependant hésiter ici et nous voudrions bien savoir ce que proposerait cet auteur dans un cas semblable.

La ponction de la vessie, préconisée dans les cas de rétroversion par Sabatier, qui avait eu le tort de vouloir trop la généraliser, est passée sous silence par différents auteurs, mais elle est franchement acceptée par Elleaume, Martin, Lacroix, Murat, Gardien, Churchill, Stoltz, Courty, etc.

Burns rapporte qu'elle fut faite par le docteur Cheston et que la femme se rétablit; dans un autre cas, en employant un long trois-quarts, on blessa la matrice et la femme mourut.

« Quand il est impossible de passer la sonde vésicale, dit M. Barnes, et que la réduction est aussi impossible, il faut choisir entre la ponction de la vessie au-dessus des pubis et la ponction de l'utérus par le rectum. Head, au London Hospital, s'est trouvé en présence d'un cas de ce genre (Voir *London Hospital report*, 1867), il ponctionna l'utérus, il lui fut ensuite possible de vider la vessie; la femme accoucha d'un fœtus de cinq mois, tout ratatiné, et se remit après une grave maladie. Head fit bien de ponctionner d'abord l'utérus, car il aurait pu être nécessaire de le faire, après la ponction de la vessie, D'un autre côté Münchmeyer (*Mon. f. Geburstk*, 1860), rapporte un cas où il ponctionna la vessie, l'utérus fut ensuite réduit et la malade se rétablit. Schatz (*Archiv. f. Gynœkol*, 1870), relate un cas dans lequel il ponctionna avec succès l'utérus et la vessie. »

Je ne puis partager l'opinion de M. Barnes et je ne crois pas permis de faire d'abord la ponction de l'utérus, sous prétexte qu'elle pourrait même être nécessaire après avoir ponctionné la vessie.

Des exemples nombreux, en effet, prouvent que la réduction de la matrice est bien facilitée par l'évacuation de l'urine. On a déjà pu lire les observations XV et XVI; en voici une autre, très-concluante.

Obs. LXXXIII. — *Latéro-rétroversion à trois mois de grossesse; insuccès des tentatives de réduction avant de vider la vessie; guérison; par* Martin, *de Lyon* (1). — A la fin de mai 1800, Martin fut appelé pour l'épouse Augustin qui éprouvait depuis plusieurs heures une rétention d'urine à la suite d'un coup qu'elle avait reçu sur le ventre. Cette femme avait eu plusieurs enfants et se croyait encore enceinte de trois mois. Par le toucher, Martin trouva le fond de la matrice renversé en arrière, formant une tumeur considérable dans le vagin, et son orifice dirigé derrière la branche gauche de l'arcade du pubis. Il fit quelques tentatives pour replacer l'utérus avant d'avoir vidé la vessie, mais ce fut en vain; au contraire, dès que l'urine eut été évacuée au moyen de la sonde, il réduisit facilement en portant les doigts indicateur et médius de la main droite au-dessous de la tumeur, qu'il souleva par gradation, et qui disparut tout à coup, au moment où l'organe reprit sa position normale.

Le repos au lit fut conseillé; mais, indocile à cet avis, la femme se leva dans la soirée : à peine eut-elle fait quelques pas dans la chambre qu'un nouveau déplacement de la matrice donna lieu à la rétention d'urine. Martin y remédia comme la première fois.

Dès lors le repos fut observé pendant quelque temps, et l'accouchement se fit à terme et d'une manière heureuse. Martin revit cette femme deux ans

(1) *Loc. cit.*, obs 4e.

après et constata que l'utérus avait une tendance à la réfroversion et que le col de la matrice était engorgé et dirigé vers le pubis.

Le cas de Münchmeyer, rapporté par M. Barnes lui-même, en est une preuve nouvelle et l'exemple de Schatz démontre que, si même on est obligé de ponctionner l'utérus après, la femme peut encore échapper à la double opération.

La ponction de l'utérus n'est-elle pas au surplus plus grave que celle de la vessie? M. Barnes déclare qu'avec le trocart aspirateur l'urine peut être extraite sans aucune crainte. Mais si l'on évacue le liquide amniotique avec le même appareil, l'opération est non-seulement plus sérieuse, mais elle sacrifie inévitablement le fœtus, et ce résultat déplorable doit être évité autant que possible. Je constate, du reste, avec regret, que dans tout le traité du savant chirurgien de l'hôpital Saint-Thomas, on fait trop bon marché de l'existence du nouvel être.

Je pense donc que la ponction de la vessie est indiquée tout d'abord.

Aujourd'hui, du reste, la plupart des chirurgiens regardent les ponctions capillaires aspiratrices comme à peu près inoffensives.

Des exemples nombreux ont démontré cette innocuité, spécialement en ce qui concerne la vessie.

Le *Journal des sciences médicales de Dublin* rapporte plusieurs cas de ponctions de la vessie, qui montrent qu'on peut avec avantage et *sécurité* se servir de l'aspirateur pneumatique de Dieulafoy dans le traitement des rétentions d'urine. M. Dieulafoy a réuni 10 observations de rétention d'urine traitées par aspiration; cette dernière a été pratiquée 56 fois, et toujours sans accident. M. Guyon a fait 25 aspirations en huit jours dans un cas d'hypertrophie de la prostate (*Bordeaux médical* du 20 octobre 1872). M. Lannelongue l'a faite 11 fois en huit jours (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques* de novembre 1872) et M. Lucas Championnière regarde la ponction de la vessie comme une opération exempte de danger, quand elle est faite avec l'appareil capillaire aspirateur. M. Hennequin (*De l'aspiration comme méthode de thérapeutique*, mémoire inséré dans les *Archives générales de médecine* de décembre 1872), constate que sans provoquer le moindre accident, on a eu l'heureuse hardiesse de plonger 2 fois dans les 24 heures, et cela pendant plus de quinze jours, le trocart de l'aspirateur dans la vessie distendue.

Pour M. Cazenave (*Bordeaux médical*, 1872, p. 355. Étude pratique sur le traitement des rétentions complètes d'urines, etc.), la ponction hypogastrique est aussi facile et aussi peu compromettante qu'une saignée du bras. M. Castiaux (*Documents pour servir à l'étude de la méthode aspiratrice*, Paris, 1875), croit qu'on peut la répéter un très-grand nombre de fois, à peu près impunément.

Je sais qu'un habile professeur de Bruxelles (1), rejette, assez vivement même, la méthode indiquée. Mais les motifs qu'il invoque ne peuvent être admis dans la rétroversion.

Évidemment, il ne faut pas recourir trop tôt à un moyen facile, il faut exercer son habileté, prendre patience, essayer de tous les procédés; mais ici le temps presse plus que dans tous les autres cas de rétention; l'utérus se renverse de plus en plus, s'enflamme, s'engorge; bientôt peut-être la vie de l'enfant devra être sacrifiée.

J'estime donc que dans les circonstances indiquées, après quelques heures d'attente et de soins, si l'état de la femme empire, on devra procéder à la ponction de la vessie.

Cette ponction sera faite avec l'un des aspirateurs connus, au moyen d'un trocart capillaire, enfoncé dans le fond de la vessie, à quelques centimètres au-dessus du pubis.

Immédiatement ou peu après, on recommencera les manœuvres de réduction, qui dès lors auront beaucoup plus de chance de réussir.

B) Constipation. — Ce symptôme aussi doit être combattu, autant que faire se peut, avant la réduction. L'importance n'en est pas beaucoup moindre, car les matières fécales accumulées au-dessus de l'utérus gènent beaucoup le redressement; on pourra peut-être les éloigner en donnant à la femme une des positions que nous examinerons plus loin, mais, à moins d'urgence, il sera toujours préférable de les évacuer. Dans l'observation de Van Hengel, l'accumulation des matières fécales s'opposait à la réduction de l'utérus et l'on peut voir que dans l'observation 45, après l'emploi d'un purgatif qui procura plusieurs selles, on trouva que l'organe avait repris spontanément sa position normale.

Les lavements émollients, huileux, mucilagineux sont indiqués pour détremper les matières durcies et faciliter leur glissement; ils seront réitérés selon les cas. On pourra, si c'est nécessaire, faire suivre un lavement laxatif ou à l'eau froide, susceptible d'exciter quelques contractions de l'intestin plus ou moins paralysé, ou même donner un purgatif léger par la bouche.

Il est bon de se servir d'une canule ou d'une sonde suffisamment longue (7 à 8 pouces. Cazeaux) pour pouvoir être poussée jusqu'au promontoire. L'introduction peut ne pas être facile et même impossible. M. Salmon recommande alors de lui frayer un passage au moyen du doigt et, celui-ci étant introduit en même temps qu'elle, de pousser une forte injection d'eau froide.

Si les matières sont tellement durcies que les lavements et les purgatifs

(1) *Art médical*, 1873.

n'aient point d'effet, Moreau conseille de les extraire au moyen d'un doigt, d'une cuiller, d'une curette.

C) Douleurs. — L'évacuation des urines et des matières fécales suspend ou diminue tellement ce symptôme, que la femme, avons-nous vu, se croit souvent guérie.

Si les douleurs dépendent d'une irritation de la vessie, de la matrice ou du péritoine, les cataplasmes émollients, les grands bains, les onctions narcotiques, une pommade belladonée, une injection sous-cutanée de morphine peuvent trouver leurs indications. On pourra même être forcé de recourir à la saignée (?), si elles proviennent de contractions abortives. La saignée est rarement indiquée, à cause de l'état de faiblesse ordinaire; mais, surtout après les selles, on pourra prescrire des lavements laudanisés, une potion morphinée, etc.

D) Symptômes généraux. — Nous n'avons point à parler en détail de traitements connus. Quelques observations seulement trouvent ici leur place.

L'état général de la malade est quelquefois tellement mauvais que tout espoir semble perdu; certains praticiens alors se croient autorisés à rester inactifs. Tel n'est pas mon avis. Il n'est jamais permis, dans les cas qui nous occupent, d'attendre sans rien tenter la mort de la patiente, d'autant plus que l'on a vu des cas désespérés se terminer favorablement. Dans l'obs. 67, de Viricel, entr'autres, pourquoi n'avoir pas fait la ponction de la vessie immédiatement, et essayé encore la réduction? D'autres fois, la malade est tellement faible, accablée, que la réduction semble devoir être différée; en attendant, outre les soins mentionnés aux paragraphes précédents, il faut soutenir la femme et lui donner de légers excitants diffusibles.

La patiente peut être dans l'excitation; avoir la face vive et animée, le pouls plein et fréquent. La saignée, conseillée par certains auteurs, peut abattre rapidement ces symptômes. Il faut cependant se défier de ce moyen et ne l'employer que si la femme est vraiment pléthorique, car il faut craindre l'affaissement consécutif chez un sujet déjà épuisé par les douleurs, l'insomnie, la diète, etc., et qui a encore un moment difficile à passer, celui de la réduction.

La saignée peut être remplacée avantageusement, si l'on est pas trop pressé, par la digitaline, et, si l'on veut réduire de suite, par le chloroforme. Dans le but d'abattre la fièvre, on n'aura pas recours au sulfate de quinine qui, ainsi que semblent le prouver des observations récentes, pourrait augmenter les contractions utérines et provoquer l'avortement.

L'éréthisme nerveux cédera souvent à des moyens simples, tels que les antispasmodiques et les bains prolongés.

E) Accidents spéciaux. — Signalons l'inflammation utérine, la péritonite, la cystite qui doivent être traitées par les moyens appropriés.

La métrite peut rendre la réduction difficile et doit quelquefois être traitée avant de tenter cette dernière (M. Rizzoli préconise contre la congestion utérine les pilules au sulfate de soude et à l'extrait d'aconit). Ce sage conseil donné par Denman, Capuron, Baudelocque, Moreau, etc., doit être suivi, sous peine de voir souvent les efforts échouer ou aboutir à des lésions sérieuses de la matrice. Je n'hésite pas à appuyer Gardien qui, dans ce cas, applique des sangsues sans se préoccuper de la grossesse, parce qu'en effet la maladie à combattre expose encore bien plus à l'avortement et que rien n'agit plus vite et aussi bien pour dégorger les parois utérines. Les sinapismes révulsifs, les bains de trois à quatre heures, les injections vaginales émollientes et narcotiques, les frictions et fomentations résolutives peuvent également trouver ici leur indication.

C. Traitement curatif.

La rétroversion, une fois produite, entraîne, comme nous l'avons vu, des accidents plus ou moins graves, plus ou moins pressants, plus ou moins rapides, dont la marche et l'intensité doivent guider dans le choix des moyens à employer, pour arriver en définitive à replacer l'organe dans sa situation normale.

Réduire, tel est évidemment le seul but à atteindre : dans un temps plus ou moins long, quelques heures ou quelques jours, il faut que le fond de l'utérus remonte au-dessus du détroit supérieur.

L'opinion de MM. Mattéi, Burns et Barnes, développée plus haut, ne peut s'étayer que sur un très-petit nombre de faits acquis à la science et *aucune* observation n'a été rapportée encore en détail, où un chirurgien, ayant reconnu la rétroversion dans les premier mois de la grossesse, ait pu constater le développement graduel, sacciforme de la paroi utérine antérieure devenue supérieure (1).

Malgré l'autorité des noms qui l'appuient, cette opinion me parait dangereuse et doit être écartée rigoureusement, *en ce qu'elle semblerait avoir de pratique.*

Je ne veux donc pas m'y arrêter plus longtemps, ni rechercher dans quelles circonstances on pourrait être autorisé à espérer le mode de terminaison indiqué. Ce serait donner, dans certains cas, des armes à l'ignorance et à l'incapacité.

(1) Ed. Bouqué vient de publier, dans le *Journal des sciences médicales de Louvain* (mai 1877), une observation remarquable de rétroversion irréductible, dans laquelle la paroi antéro-supérieure de l'utérus s'est suffisamment développée pour permettre la continuation de la grossesse ; les accidents, fort graves et faisant porter un pronostic des plus défavorables, s'amendèrent peu à peu et la femme accoucha, à terme, d'un enfant vivant.

C'est pourquoi je passerai immédiatement à l'examen des différentes méthodes qui ont été préconisées pour obtenir la réduction du viscère en gestation.

Dans toutes les méthodes, il y a quelques précautions préliminaires à prendre, et ce sont celles que j'ai indiquées déjà dans le traitement symptomatique; à savoir: vider la vessie et le rectum, pour rendre libre le canal pelvien; combattre l'engorgement de l'utérus, pour en diminuer le volume; veiller aux contractions abortives; relever l'état général, s'il y a affaissement; abattre l'excitation, si elle existe; combattre les inflammations viscérales, qui pourraient s'opposer aux manœuvres ou les rendre dangereuses.

Le temps à attendre, ne peut être indiqué; il sera ordinairement le plus court possible. Attendre, est quelquefois une décision importante qui ne peut être prise sans l'assentiment d'un confrère.

Le plus souvent du reste la manœuvre n'est pas fort difficile, et doit être employée immédiatement après le cathétérisme et l'évacuation des matières fécales. Si l'on ne réussit pas et que l'on croie devoir recourir à un procédé moins inoffensif, la présence d'un autre praticien est requise, d'autant plus que son aide peut devenir très-utile.

On obtient la réduction de la matrice :

1° Par la position aidée du traitement symptomatique;

2° Par différents procédés manuels;.

3° Au moyen d'instruments.

Mais on est quelquefois obligé pour réussir :

4° De diminuer le volume de l'utérus : ce qu'on obtient en provoquant l'avortement, soit par les moyens ordinaires, soit par la ponction de l'organe;

5° Ou d'agrandir les diamètres du bassin au moyen de la symphyséotomie ou de la pubiotomie;

6° Ou de s'aider de la gastrotomie.

Ces différents modes de procéder ne peuvent être employés indifféremment et nous aurons à examiner les indications de chacun d'eux. Disons immédiatement que les procédés manuels sont de beaucoup les meilleurs, les plus inoffensifs et surtout les plus souvent indiqués.

1° *Position aidée du traitement symptomatique.*

Denman, préoccupé surtout de la cause qu'il regardait comme spécialement productrice de la rétroversion (dilatation de la vessie), craignant en outre les manœuvres violentes de réduction qui peuvent léser la matrice et produire l'avortement, persuadé enfin que souvent l'organe peut reprendre spontanément sa position avec quelques soins faciles à donner, établit les principes suivants :

« Si la matrice rétroversée peut être replacée par l'art avec peu de force

ou sans risque de lésion, le replacement immédiat, quoique non absolument nécessaire, est toujours à désirer; il rassure la malade, lui rend le calme et prévient par là tout trouble et appréhension ultérieurs. Mais si on n'y peut parvenir sans violence, il semble plus convenable d'attendre sa rentrée spontanée, et de se contenter de surveiller et soulager les inconvénients produits par le déplacement. On se convaincra aussi que plus on diffère les tentatives pour replacer la matrice, plus l'opération devient facile et le succès assuré. Les malades sont souvent capables de reprendre leurs exercices ordinaires sans danger et avec très-peu de gène, si toutefois la vessie n'a pas reçu par la grandeur ou la longue durée de la distension, des atteintes essentielles. Je ne prétends pas que ces malades se portent aussi bien que si la matrice n'eût pas été rétroversée, mais les maux qu'elles souffrent sont peu de chose et de peu de durée comparés à ceux qui peuvent résulter des tentatives violentes pour replacer la matrice. »

Les deux craintes qu'on a eues en ne réduisant pas, dit encore le même auteur, sont de voir se produire des maladies dangereuses de la matrice et son étranglement dans le bassin par suite de l'augmentation graduelle de l'œuf, de sorte que la réduction deviendrait impossible et la mort inévitable; mais « si l'utérus est lésé, l'œuf cesse de prendre de l'accroissement, et si l'œuf continue de croître c'est une preuve incontestable que l'utérus n'a pas reçu d'atteinte essentielle. »

Le traitement de Denman serait donc, dans beaucoup de cas, purement symptomatique et ne comprendrait même pas la position, car l'auteur n'en parle pas et dit même que « les femmes sont souvent capables de reprendre leurs exercices ordinaires. »

Comprise ainsi, je crois que la manière de voir de l'accoucheur anglais ne sera partagée par personne et qu'aucun praticien ne sera assez osé pour laisser la femme reprendre ses occupations. Si, en effet, la plupart des auteurs admettent la possibilité d'une réduction spontanée et rapportent des exemples de ce genre de redressement, tous recommandent, avec le traitement symptomatique, le décubitus dorsal au moins, et, quelques-uns même, une position appropriée.

Dans la situation verticale, en effet, le fond de l'utérus, par les seules lois de la pesanteur, doit tendre constamment à s'abaisser, et l'on ne peut admettre que le col lui fasse un contre-poids suffisant.

Quoique, comme nous l'avons vu, Burns n'admette nullement l'opinion de Denman, relativement à la cause ordinaire de la rétroversion, cependant ce praticien est un des plus ardents partisans du traitement préconisé par son compatriote. « Il y a tant de cas, dit-il, où la vessie étant vidée régulièrement, a procuré du soulagement, que je me crois justifié, lorsqu'il n'y a pas d'urgence particulière, à tenter ce que la nature peut

faire avant de recourir à des efforts qui doivent être violents et pénibles. »

Burns recommande donc de vider la vessie quatre fois par jour, si possible, ou du moins matin et soir, ou de laisser dans la vessie une sonde en gomme élastique; souvent alors, dit-il, la réduction est obtenue en quarante-huit heures, une semaine au plus, à moins que le déplacement ne soit très-complet. Dans ce dernier cas, si la tumeur que forme l'utérus est très-basse, si elle est près du périnée et s'il y a tendance à ce que le déplacement augmente, la réduction manuelle est de rigueur; de même que dans les cas où la rétroversion n'a pas cédé à l'emploi du cathéter et des lavements anodins.

Ce que Burns craint surtout, de même que Denman, c'est qu'on agisse avec trop de violence et qu'on ne fasse ainsi plus de mal que de bien.

Des exemples de réduction spontanée ont été rapportés par différents auteurs.

Hunter (*Churchill*, p. 480 t. I) a vu l'utérus reprendre sa position immédiatement après avoir vidé la vessie et le rectum.

Dans un autre cas, le déplacement se reproduisit plusieurs fois, jusqu'à ce que l'utérus devint assez volumineux pour ne plus retomber en arrière.

Ramsbotham (*Medical Times and gazette*, 23 octobre 1852), a rapporté huit cas de redressement naturel de l'utérus après que la vessie eût été vidée régulièrement et le repos au lit strictement gardé.

Champion, de Bar-le-Duc, a communiqué à Murat (*Dict.* en 60 vol.), cinq cas intéressants : le premier, développé lentement, était irréductible et la matrice reprit spontanément sa place au bout de six semaines; le deuxième, se manifesta subitement et dura trois semaines; le troisième, eut quinze jours de durée; le quatrième, fut réduit au bout de deux heures et le cinquième, ne put l'être que le troisième jour. Il fut très-effrayé dans les deux premiers cas d'abandonner les malades aux ressources du temps et il pensait constamment à l'exemple malheureux de Hunter. Mais dans la suite il partagea complétement les vues de Denman touchant l'efficacité du traitement symptomatique, quand les accidents permettent d'attendre.

Dans un cas de M. Croft, la maladie avait un mois de durée, la femme était atteinte d'œdème, et l'on supposa qu'elle avait une hydropisie; mais, en introduisant la sonde on retira sept pots d'urine; on sonda tous les jours pendant quelque temps, ensuite de temps à autre pendant trois semaines; le gonflement des jambes disparut et l'utérus se redressa graduellement. Dans un second cas de M. Croft, l'utérus remonta tout à coup après que, pendant six jours, on eut évacué le liquide (*Lond. méd. journ.*, vol. XI, p. 381 et 384).

D'après Murat, des faits semblables ont été cités par Denman, Schmucker, Hagen, Cheston, Veineck, Ficker, Vermandois, etc., mais je ne les ai vus publiés nulle part.

Sur les seize cas rapportés dernièrement par M. le professeur E. Martin, de Berlin (*Zeitsch. f. Geburtsch. und Frauenkr.* 1, 1. p. 1, 1875), quatre fois la réduction se produisit sous l'influence du décubitus latéral et d'une cathétérisation régulière, et la grossesse continua son cours normal. Dans onze autres cas, on pratiqua la réduction avec succès. Enfin dans un cas, une sage-femme maladroite aurait perforé la vessie en pratiquant le cathétérisme et déterminé une péritonite mortelle.

J'ai déjà rapporté, dans le cours de ce travail, différentes observations où ce traitement a été employé (v. les obs. 4, 11, 12, 45, 68, 70). En voici d'autres non moins intéressantes.

Obs. LXXXIV. — *Rétroflexion de l'utérus au troisième mois de la grossesse; retour subit de l'organe à sa position normale après trois semaines; par* M. Depaul (1). — Lefèvre, 32 ans, lingère, de bonne constitution, de petite stature, aux formes grêles, mariée depuis quatorze mois, a eu, en mai 1840, une fausse couche qui ne fut suivie d'aucun accident. A la fin d'août, elle éprouva tous les symptômes rationnels d'une nouvelle grossesse : disparition des règles, nausées, vomissements, anorexie, constipation, etc. Vers la fin d'octobre, la femme L... montait un sceau d'eau, lorsqu'elle sentit tout à coup une douleur vive dans le bassin et fut obligée de quitter le fardeau qu'elle portait. La douleur continua et obligea la malade à se mettre au lit le lendemain. Il survint alors un sentiment de pesanteur au rectum, une constipation opiniâtre, des envies fréquentes d'uriner et des tiraillements dans les reins, les aînes et les cuisses.

Lors de son entrée à l'hôpital, le 2 novembre, la malade accusait les mêmes douleurs et n'avait point de fièvre. Le col utérin était mou, un peu abaissé et son orifice regardait directement en bas au lieu d'être dirigé en arrière ; en le suivant en haut et en avant, le doigt ne trouvait rien de résistant, rien qui ressemblât au corps de l'utérus et il arrivait facilement jusqu'à la paroi abdominale sus-pubienne, son extrémité pouvait alors être distinctement sentie par l'autre main appliquée sur l'hypogastre; mais en le suivant en arrière, on trouvait à deux centimètres plus haut que le museau de tanche une surface lisse, convexe, dure, régulière, *continue* avec la surface postérieure du col utérin, et paraissant appartenir à un corps globuleux plus gros que le poing. Le toucher par le rectum donnait des notions encore plus précises. A quatre centimètres environ de l'ouverture anale, on reconnaissait très-distinctement une tumeur comprimant le rectum d'avant en arrière et le refoulant dans la concavité du sacrum.

La surface muqueuse de l'intestin ne présentait rien d'anormal. Le doigt pouvait parcourir une assez grande étendue de la surface de la

(1) Lacroix, *loc. cit.*, p. 159.

tumeur, de manière à en apprécier le volume, qui était au moins celui du poing; mais on ne pouvait lui imprimer le moindre mouvement, de sorte qu'elle paraissait fortement enclavée dans l'excavation pelvienne; on en trouvait, comme par le vagin, la surface lisse, régulière et très-résistante.

En palpant et en déprimant avec soin la région hypogastrique, les doigts plongeaient dans la cavité du bassin sans rencontrer aucun corps dur.

Deux lésions paraissent seules capables de rendre compte des symptômes : ou bien il y avait une production accidentelle développée dans la partie postérieure de l'utérus, ou bien il y avait rétroversion de l'utérus lui-même, distendu par un produit de conception de deux et demi à trois mois. D'après plusieurs considérations, l'âge, le peu d'altération des fonctions, de la santé en général, etc., les probabilités parurent plus nombreuses en faveur de la dernière affection. On prescrivit en conséquence à la malade de se tenir, le plus souvent et le plus longtemps possible, couchée sur le ventre; on ordonna des lavements pour remédier à la constipation. Il y avait environ trois semaines qu'elle suivait ce simple traitement, lorsqu'en se levant pour descendre de son lit, elle éprouva subitement une douleur donnant la sensation de quelque chose qui se déplace dans le bas-ventre. Le lendemain, on put constater que le col était à sa place et dans la direction normale, mais toujours mou et un peu court; le doigt, promené en avant et en arrière, arrivait facilement sur le corps de l'organe qui faisait un relief égal sur chacune des deux faces. Par le rectum, on sentait encore une tumeur, mais elle était plus élevée, ne comprimait presque plus l'intestin, et, surtout, était devenue mobile, de manière qu'on pouvait facilement la faire ballotter entre le doigt introduit dans le rectum et la main appliquée sur l'hypogastre.

Tous les symptômes de compression avaient également disparu.

La femme sortit le 7 décembre et revint pour accoucher à la fin de mai; mais elle fut forcée de s'en aller non accouchée le 11 juin, à cause de l'épidémie régnante.

Obs. LXXXV. — *Rétroversion de l'utérus à quatre mois de grossesse; redressement graduel spontané au bout d'un mois; guérison; par* M. Morris (1). — Mme W.:., mariée depuis sept ans, avait eu un seul enfant, né à sept mois et encore vivant. Quatre mois plus tard, elle devint enceinte et au quatrième mois de cette seconde grossesse, après de grandes fatigues, elle fut prise de constipation et de rétention d'urine. Pendant trois semaines, on la sonda; mais le 23 novembre 1874, elle se réveilla en éprouvant des douleurs dans la région pelvienne. Elle ne put uriner ni aller à la selle.

La douleur augmenta et M. Morris fut alors appelé. La malade n'avait pas dormi, et la rétention d'urine était encore incomplète, quoique la vessie fût énormément distendue.

Le cathétérisme fut immédiatement pratiqué.

On ne pouvait atteindre le col utérin qui était derrière le pubis; le fond

(1) *Gazette médicale de Paris*, 1856, p. 590.

pressait sur le rectum. Il était évidemment enclavé au-dessous de l'éminence sacrée.

Après l'examen rectal, voyant qu'aucune force raisonnable ne pouvait mouvoir l'utérus, et craignant d'amener l'avortement, M. Morris résolut d'employer le traitement de Denman : cathétérisme fréquent, laxatif au séné, position en pronation, dans laquelle la malade était plus à l'aise que dans la supination.

Bientôt la malade put uriner et le cathétérisme ne fut plus qu'exceptionnellement requis. Par l'examen vaginal, renouvelé de temps à autre, on s'assura que l'utérus se redressait de lui-même graduellement et au bout d'un mois seulement le rétablissement fut complet. La grossesse continua et l'accouchement se fit à 8 mois; l'enfant mourut peu après. La mort de l'enfant n'est évidemment pas ici le résultat de la rétroversion.

Obs. LXXXVI. — *Rétroversion de l'utérus à trois mois de grossesse ; réduction spontanée au bout de trois jours ; par* M. Ramsbotham (1).— Mme A. G..., âgée de 41 ans, ayant eu neuf enfants et deux avortements, se présenta à l'hôpital le 29 septembre dernier. Elle dit ne plus être réglée depuis le milieu de juin dernier. Sept jours auparavant, en tirant un seau plein d'eau de puits, elle éprouva une douleur subite à la partie inférieure de l'abdomen, et bientôt quelque difficulté pour uriner.

Le mardi suivant, ayant fait une course dans un omnibus qui la secoua beaucoup, elle fut dans l'impossibilité complète d'uriner. Elle fut sondée le jour même et le lendemain. Quand M. Ramsbotham la vit le samedi suivant, on n'avait plus pratiqué le cathétérisme et la malade n'avait pu évacuer que quelques gouttes d'urine; elle paraissait éprouver diverses douleurs et sa contenance indiquait une vive anxiété; elle se plaignait encore d'un grand accablement et d'une sensation de déchirement aux aînes. La vessie s'élevait jusqu'à l'ombilic; la sonde en retira 92 onces d'urine très-colorée, mais sans odeur offensive. La cavité du sacrum était occupée par une tumeur dure qui était le fond et le corps de l'utérus; le col était tourné en haut et en avant, derrière ou plutôt au-dessus de la symphise pubienne; sensibilité générale de tout le bassin.

On fit des fomentations et l'on donna 30 minimes de laudanum toutes les huit heures; le lendemain huile de ricin et nouveau cathétérisme. Position horizontale tenue scrupuleusement. Aucune tentative de réduction.

Trois jours après, tous les symptômes avaient disparu et la malade urina seule. A l'examen, on trouva l'utérus dans sa position normale.

La malade quitta l'hôpital le 13 octobre et la grossesse marcha sans récidive.

Obs. LXXXVII. — *Rétroflexion à trois mois de grossesse; disparition des symptômes sans réduction manuelle, par* M. Chantreuil (2). — La femme Noths, âgée de 27 ans, bronzeuse, a toujours été bien réglée; elle a eu deux enfants à terme et naturellement. Devenue de nouveau enceinte, elle

(1) *Gazette médicale de Paris*, 1856, p. 589.
(2) Cailletet, thèse, p. 19.

fait, à six semaines de grossesse, une chute dans un escalier; dès lors, l'émission des urines devient de plus en plus difficile, et il y a de la constipation. Ces accidents persistaient depuis deux mois lorsque la femme Noths a une indigestion qui les aggrave par suite des efforts de vomissement : les douleurs lombaires, peu marquées, deviennent vives, besoins d'uriner fréquents, miction difficile; à chaque instant, la malade se livre à de nouveaux efforts qui amènent quelques gouttes d'urine trouble, épaisse.

La femme Noths entre à l'hôpital Cochin le 25 février 1868; elle se croit menacée d'avortement : elle a la peau chaude, le pouls fréquent, la figure anxieuse; la langue blanche et un peu sèche; elle perd par le vagin un peu de sérosité sanguinolente. L'examen par la percussion ne fait trouver au-dessus du pubis ni l'utérus ni la vessie. Le toucher vaginal fait constater que le col est dévié un peu en avant et un peu remonté du côté de la symphise pubienne; il est entr'ouvert jusqu'à l'orifice interne qui est fermé; il est ramolli dans sa partie inférieure. Le corps, volumineux, porté en arrière, peu mobile, remplit en grande partie l'excavation pelvienne; le doigt y sent des parties inégales, ressemblant à des parties fœtales.

Il y a donc flexion du col utérin, qui ainsi ne comprime pas assez les voies urinaires pour rendre impossible le cours de l'urine; elle le rend seulement difficile, de sorte que la vessie est peu développée.

On prescrit la diète, des lavements et des boissons acidulées; aucune tentative de réduction n'est faite; les accidents s'apaisent, l'état s'améliore rapidement, et la malade, se sentant mieux, quitte l'hôpital. On ne sait si la rétroversion a cédé, les symptômes seulement ont disparu.

Obs. LXXXVIII. — *Rétroversion à six semaines de grossesse; réduction spontanée, rapide; par* Martin, *de Lyon* (1). — La femme Duvivier, âgée de 26 ans, élève-sage-femme était enceinte de six semaines, lorsqu'en soulevant une fille en travail d'accouchement, elle éprouva, dans le bassin, une douleur, suivie d'une perte utérine, qui dura huit jours; alors la douleur devint plus forte et les urines coulèrent avec difficulté, sans que les selles fussent supprimées. La matrice, une fois plus volumineuse qu'à l'état de vacuité, était placée de champ à la partie supérieure de l'excavation du petit bassin; son fond répondant au sacrum était dirigé un peu à droite; son orifice, placé très-haut derrière le pubis, était incliné à gauche; le museau de tanche était boursoufflé et assez ouvert pour admettre l'extrémité du doigt, ce qui fut pour moi le signe d'un avortement prochain. Comme la matrice ne me parut pas fortement retenue, et que le cours des urines n'était pas intercepté, j'essayai de remédier au déplacement par la seule position: on plaça sous les fesses un coussin qui les tint très-élevées; tandis que les reins étaient dans une position fort déclive; l'utérus, ainsi soustrait à la pression des organes abdominaux, fut entraîné par son propre poids et, au bout de vingt-quatre heures, la rétroversion se trouva

(1) *Loc. cit.*, obs. 2me.

réduite. L'hémorrhagie continua et l'avortement se fit quinze jours après.

On trouve donc dans ce travail onze observations détaillées, où le traitement de Denman a été appliqué : une fois la grossesse était à la sixième semaine (obs. 88), sept fois à trois mois (obs. 11, 84, 86, 45, 70, 4 et 87), trois fois à quatre mois (obs. 12, 68, 85) ; quelquefois la réduction a été très-rapide ; deux ont eu lieu dans les vingt-quatre heures (obs. 45 et 88), une au bout de trois jours (obs. 86) ; deux après six jours (obs. 11 et 12) ; une le treizième jour (obs. 4) ; dans l'obs. 84, trois semaines ont été nécessaires ; dans les obs. 70 et 85, un mois s'est écoulé avant le redressement complet. La mort de la femme survint dans un cas (obs. 12), mais fut le résultat d'une péritonite intercurrente.

On peut lire dans la clinique de M. Mattéi (V. son obs. 267e), un cas de rétroversion avec grossesse molaire, dans lequel l'organe s'est rapidement redressé sous l'influence de la position et de révulsifs.

Dans l'obs. 79 on a pu voir aussi que l'utérus s'est redressé d'une manière subite après vingt-deux jours de traitement symptomatique ; il est vrai que le jour précédent, on avait fait divers examens et même introduit l'hystéromètre, de sorte que ces manœuvres peuvent être accusées d'avoir aidé au moins au redressement.

Enfin, dans l'obs. 74 (de M. Courtois) le traitement de Denman a été institué ; mais la surveillance n'ayant pas été suffisante, l'état de la malade est devenu de plus en plus mauvais ; les efforts faits par la femme ont changé la rétroversion en rétroflexion avec prolapsus du col ; la réduction manuelle, essayée tardivement, n'a pas eu de résultat. L'avortement et la mort de la femme ont suivi bientôt (1).

La position peut faire beaucoup : ainsi on a vu, dans une observation remarquable de M. Hubert (obs. 32), que la femme pouvait remettre elle-même sa matrice en place en prenant certaines attitudes favorables.

Pour ajouter à l'effet de l'évacuation de l'urine, les docteurs Blundell et Duncan conseillent de faire placer chaque jour la femme, pendant plusieurs heures, sur les genoux et les coudes. M. Barnes conseille de faire coucher la femme sur le ventre, mais évidemment cette position ne peut être que temporaire, et on ne peut que recommander à la malade de la prendre le plus souvent et le plus longtemps possible : ainsi fit P. Dubois pour la femme Lefebvre (obs. 84).

D'après Ingleby (Churchill, p. 480), *si l'utérus n'est pas très-volumineux*, il peut se faire que, l'urine évacuée, l'organe se redresse de lui-même, et cela même dans certains cas où l'on ne pouvait pas le remettre en place à

(1) Voir aussi *Clinique de Busch*, p. 43 de ce travail.

moins de déployer une force considérable (lire à l'appui l'obs. 85 et les cas de Champion).

Maygrier, Cazeaux, Salmon, Cailletet, Saboia, etc., constatent simplement que la réduction spontanée est possible. Baudeloque dit également que la matrice, une fois préparée par les moyens que nous avons examinés, a été réduite aisément et même comme spontanément, tandis qu'avant l'emploi de ces moyens, la réduction paraissait en quelque sorte impossible.

Gardien ne parle pas de la réduction spontanée; mais Martin rappelle que la position seule lui a suffi une fois pour détruire la rétroversion (v. obs. 88), « à la vérité le déplacement était récent et peu considérable. »

Pour M. Godefroy, il faut, pour espérer la réduction spontanée, que la femme consulte de bonne heure et que le médecin, par un examen attentif, reconnaisse le déplacement; alors, par le décubitus latéral, en ayant soin de tenir le siége plus élevé que les épaules, de vider fréquemment la vessie et le rectum, on peut attendre. Mais après trois mois et demi de grossesse, l'utérus ne peut plus reprendre spontanément sa direction normale, et il faut alors que l'art intervienne sans perdre un temps précieux.

M. Barnes croit que « dans un bon nombre de cas, il suffit, pourvu qu'on agisse de bonne heure, de maintenir la vessie et le rectum vides, et de faire coucher la malade sur le ventre; et, à moins de symptômes très-urgents, il faut laisser du temps pour cette cure spontanée. »

M. Depaul est d'avis que, dans les déplacements médiocres, et quand des accidents sérieux du côté de l'utérus ne se sont pas manifestés, il faut laisser une large part au temps et à la nature, et se borner, pour le traitement des complications, à supprimer les causes probables de la rétroversion, ou tout au moins à lever les obstacles qui pourraient s'opposer à sa réduction; si, après une certaine expectation, on n'obtient pas de résultat favorable, ou si d'autres accidents se montrent, la réduction artificielle est nécessaire. M. Depaul a employé plusieurs fois avec succès cette méthode.

M. Stoltz croit que si la rétroversion s'est opérée lentement, il suffit d'ordinaire de vider la vessie plusieurs fois dans les vingt-quatre heures et de tenir le ventre libre, pour qu'au bout de quelques jours tous les malaises disparaissent; mais si ces derniers persistent, et à plus forte raison, s'ils s'accentuent, il faut procéder immédiatement au redressement.

Moreau admet la non-intervention quand l'utérus est vide et cite deux cas où, *après de vaines tentatives de réduction*, l'organe s'est redressé graduellement de lui-même par le repos, le séjour au lit, le décubitus horizontal et alternatif sur l'un des côtés ou sur le ventre. Mais, quand il y a grossesse, dit-il, on ne peut se faire illusion et on doit tout tenter pour soustraire la femme au danger qui la menace.

Elleaume déclare qu'il y aurait de grands inconvénients à ériger la position en méthode de traitement.

Que conclure des faits et des opinions que nous venons de passer en revue?

Voici, je pense, dans quelles circonstances, on doit avoir recours au traitement de Denman.

1° Quand la force nécessaire pour refouler l'utérus devrait dépasser certaines limites imposées par la prudence et qu'en même temps les signes d'incarcération ne sont pas très-prononcés (grossesse peu avancée, bassin large, détroit supérieur normal);

2° Quand, les symptômes n'étant pas graves, on conserve quelque doute sur le déplacement;

3° Dans le cas de mobilité anomale de l'organe;

4° Quand l'avortement paraît imminent et que l'état général et local permet d'attendre. On pourrait cependant aussi bien réduire si cela ne demandait pas de grands efforts; mais il est encore préférable de ne pas soumettre, sans motifs sérieux, la femme à une opération, surtout si cette dernière présente quelque difficulté.

Cette méthode, adoptée avec prudence, exige des soins continuels. La femme doit être sondée *au moins* deux fois par jour, et l'on doit appliquer avec discernement tout ce qui est relatif au traitement symptomatique. Il faut surveiller la position de l'utérus et constater si le fond *tend à remonter;* dans le cas contraire, attendre serait dangereux, car l'utérus, continuant à se développer dans le petit bassin, s'enclaverait de plus en plus.

Je ne comprends le traitement de Denman qu'avec une position appropriée. Il faut ordonner le repos au lit dans le décubitus dorsal, le siége étant élevé par des coussins de manière à former un plan incliné, ou mieux encore dans le décubitus latéral, en pronation, tel que le conseille M. Hubert (*voir supra*). La position sur le ventre, celle sur les genoux et les coudes, celle de M. Godefroy, surtout, que nous examinerons plus loin, pourraient être très-utiles; malheureusement elles sont très-fatigantes, et tout ce qu'on peut demander, c'est que la malade prenne l'une d'elles chaque jour plusieurs fois.

On voit qu'il faut bien réfléchir avant de soumettre la femme et le médecin à tant d'ennuis et de préoccupation. On doit craindre, en effet, constamment que le déplacement n'augmente, à la suite d'efforts auxquels peuvent se livrer des malades indociles qui ne croient pas au danger; d'autres s'effraieraient outre mesure de nos recommandations.

Quoiqu'en ait dit Denman, la matrice peut être lésée et l'œuf continuer à s'accroître. On sait, en effet que, si certaines femmes avortent avec la plus grande facilité, d'autres, au contraire, voient leur grossesse continuer

malgré les plus grands accidents. Or, s'il y a péritonite partielle, en attendant, les adhérences se forment, se multiplient, s'organisent, la réduction devient impossible, et si même la mort n'en est pas le résultat, c'est une infirmité qui deviendra la cause d'accidents nouveaux à l'état de vacuité ou à une nouvelle grossesse. Quant à la crainte d'un étranglement consécutif plus considérable, elle devra surtout exister quand le promontoire sera assez saillant ou que l'utérus aura déjà le volume du quatrième mois de la grossesse.

Il faut bien remarquer que le traitement de Denman a pour but d'obtenir le redressement progressif de l'utérus et a besoin d'être *surveillé activement*. Il ne s'agit pas de le continuer quand on constate qu'il ne produit pas d'effets marqués; aussi, au contraire, dans l'observation 74 dont nous avons déjà parlé, le fond s'était abaissé de plus en plus et les efforts de la femme avaient poussé le col en bas.

Le traitement de Denman n'est pas non plus l'expectation pure et on ne peut en rapprocher les observations de Billy, Schmitt, Reynick, etc., dans lesquelles le déplacement n'a été reconnu que très-tard.

C'est une méthode, qui, dans des mains prudentes et habiles, peut donner de bons résultats, mais peut devenir excessivement dangereuse, au point de vue de la continuation de la grossesse au moins, si elle est employée sans discernement.

2° *Procédés manuels.*

Refouler au-dessus de la ceinture pelvienne, au moyen d'un ou de plusieurs doigts, le fond de l'utérus tombé dans l'excavation est la première idée qui se présente.

C'est, en effet, le conseil le plus ancien donné pour remédier au déplacement. Sans parler d'Aspasie, d'Aetius, de Rodéric à Castro qui ont écrit surtout sur la rétroversion à l'état de vacuité, c'était la méthode suivie par Grégoire, Hunter, Wall, etc.

Mais, laissant de côté les différentes positions qu'on peut donner à la femme, il y a bien des manières de se servir de la main ou des mains pour repousser l'utérus; de là une foule de procédés préconisés par les auteurs, et qui ont tous donné des succès à ceux qui les ont trouvés.

Cette diversité d'opinions prouve simplement qu'on peut réussir par des moyens un peu différents; elle a l'avantage de donner à choisir, dans les circonstances ordinaires, le moyen le plus en rapport avec la pratique habituelle et l'habileté de chacun; enfin, elle doit engager dans les cas difficiles et avant d'en venir à des opérations graves, à essayer avec persévérance ceux qui paraissent les plus rationnels et ont donné le plus de succès.

Les précautions à prendre, avant de procéder à la réduction, ont déjà été indiquées dans le traitement symptomatique; leur importance est bien démontrée dans le cas suivant.

Obs. LXXXIX. — *Rétroversion à trois mois de grossesse. Réduction possible après le dégorgement des parois utérines. Guérison; par* France (1). — Mme Frev..., enceinte de trois mois environ, avait fait quelques fatigues sans ressentir rien de particulier; le lendemain matin, elle fut réveillée par une pressante envie d'uriner qu'elle ne put satisfaire, malgré tous ses efforts; vers onze heures, elle sentit quelque chose se déranger dans son ventre, puis éprouva de violents maux de reins et rendit des eaux, ce qui la porta à croire qu'elle allait faire une fausse couche.

France reconnut, par le toucher, que la matrice était en rétroversion et que les eaux n'étaient autres que l'urine qui s'écoulait par regorgement.

La malade s'étant refusée au cathétérisme, on lui ordonna des lavements émollients et des fomentations sur le ventre. Mais le lendemain, la vessie était très-distendue et les douleurs expulsives très-fortes; la femme fut bien forcée d'admettre une intervention active. La sonde ne put être introduite qu'en repoussant le col utérin qui comprimait l'urèthre.

L'enclavement de l'utérus était tel, à cause de son gonflement inflammatoire, que la réduction ne fut pas immédiatement possible. Pendant quelques jours on introduisit la sonde jusqu'à trois fois en vingt-quatre heures, on donna des demi-bains, des lavements émollients et des fomentations.

Le replacement, *essayé pour la troisième fois*, réussit enfin le onzième jour et même *assez facilement*. La rétention d'urine cependant continua à cause de l'atonie du réservoir : les toniques, les demi-bains aromatiques, les fomentations excitantes parvinrent à lui rendre son ressort.

Mme Frév..., se trouva guérie au bout de trente-cinq jours et accoucha heureusement à terme.

Je n'ai ici qu'à dire deux mots des moyens à employer pour supprimer les doulours de l'opération.

Des injections émollientes ou narcotiques faites dans le vagin ou le rectum pour faciliter l'introduction des doigts, ne peuvent jamais qu'être utiles.

Pour éviter les efforts d'expulsion, auxquels se livre presque inévitablement la femme, efforts qui rendent la réduction plus difficile ou impossible, Dewees conseillait la saignée jusqu'à la syncope. On n'est plus autorisé à suivre cette pratique. Nous avons entre les mains plusieurs anesthésiques qui donnent, avec moins de danger, un résultat aussi favorable : inhalations d'éther, de chloroforme, de protoxyde d'azote; chloral en potion ou en lavement, etc. Du reste, on ne doit se servir de ces moyens, que si les circonstances l'exigent; d'habitude on peut s'en passer et je ne partage point l'avis de M. Saboia, qui conseille le chloroforme dans tous les cas.

(1) *Thèse*, 1806, obs. 3e.

La position à donner à la femme pendant les manœuvres de réduction est très-importante, et l'on peut dire que le résultat sera d'autant plus sûrement et plus facilement atteint que la position sera meilleure.

On se propose, par la position, d'enlever la pression exercée sur la matrice par les organes abdominaux, et en second lieu de se servir de la pesanteur comme moyen de réduction ; M. Godefroy croit, en outre, par sa méthode, diminuer ou détruire la résistance opposée par les contraction de la presse abdominale; et je pense qu'on peut de plus utiliser la position, pour faire repasser le grand axe de la matrice par un diamètre plus grand que l'antéro-postérieur.

1. On enlève la pression exercée sur la matrice par les viscères abdominaux, en plaçant la femme dans la position des opérations obstétricales (version, forceps, spéculum) et en élevant même un peu le siége afin que les intestins, par leur pesanteur propre, soient sollicités à descendre du côté du diaphragme et à faire ainsi une espèce de vide, à la faveur duquel la matrice puisse être replacée d'autant plus facilement.

2. Mais si l'on exagère en quelque sorte la position en élevant le siége de plus en plus, on comprend que, à certain moment, la pesanteur du fond de l'utérus agira en sens inverse de la position debout et tendra à faire reprendre à l'organe sa situation dans la cavité abdominale. Il n'est pas nécessaire de faire remarquer que, vu l'endroit où se trouve l'axe de suspension de l'organe, le bras de levier postérieur est bien plus long et plus lourd que l'antérieur et qu'il sera d'autant plus facilement amené à basculer que, dans cette position, rien ne pressera plus sur lui du côté où il devra se diriger.

De plus, en se rappellant comme Capuron, que la réduction devra être plus facile en faisant repasser l'utérus par un des diamètres obliques plutôt que par l'antéro-postérieur, on sera porté à incliner le corps de la femme vers un des côtés. Le côté à choisir n'est pas indifférent. Si l'on a pu constater que l'un des diamètres obliques est plus grand que l'autre, c'est évidemment par celui-là que devra repasser le grand axe de la matrice; si c'est l'oblique droit, par exemple, la femme devra être inclinée du côté gauche et vice-versa.

Si l'on avait constaté des adhérences spécialement d'un côté, l'opposé devrait être choisi.

Dans les cas ordinaires, si l'on veut opérer de la main droite, on inclinera la femme du côté droit, parce qu'on pourra ainsi utiliser encore l'autre main pour agir sur le col, intérieurement ou extérieurement.

Les manœuvres, comme nous allons le voir, doivent tendre au même résultat.

Il serait plus avantageux encore de faire repasser le grand axe de l'utérus par le diamètre transversal qui est le plus long, mais pour cela il faudrait tirailler trop fortement les ligaments et il vaut mieux prendre un moyen terme.

Quelquefois il arrive que le col est plutôt dirigé d'un côté que de l'autre et le fond du côté opposé, il y a un peu de latéro version; peut-être alors ferait-on bien de suivre cette indication de la nature et d'incliner la femme du côté opposé au col.

Pour la facilité de l'opérateur, la femme doit être placée sur un lit *très-bas* et résistant, formant un plan incliné de 45° au moins sur l'horizon et plus élevé d'un côté que de l'autre, la femme y est couchée sur le dos, la tête en bas, appuyée sur un coussin, le tronc dans la position indiquée, les cuisses et les jambes semi-fléchies et soutenues par des aides; la semi-flexion est nécessaire pour relâcher les psoas-iliaques et permettre leur écartement; les cuisses sont modérément ouvertes. L'opérateur se place du côté le plus bas et agit par le vagin ou le rectum, selon les principes que nous examinerons. On devra toujours pouvoir circuler librement autour du lit et avoir sous la main tout ce qui peut être nécessaire pour relever encore, si besoin est, le bas du tronc.

Telle est la position rationnelle que je crois appelée à rendre des services dans les cas difficiles. Je n'ai pas encore eu l'occasion de l'essayer; c'est à l'expérience de décider si elle a quelque avantage sur les autres.

3. Différents praticiens (Segretain, Vandorpe, Hunter, Capuron, Boyer, Cazeaux, etc.), font placer la femme sur les genoux et les coudes et obtiennent ainsi également un plan plus ou moins incliné; les parois abdominales sont relâchées, les viscères tendent à descendre par la pesanteur. Je doute cependant que cette dernière agisse fortement; de plus la fatigue arrive vite et empêche de prolonger les manœuvres; on ne peut se servir de l'anesthésie, et la femme peut encore pousser et entraver ainsi l'opération. Moreau déclare qu'il a essayé plusieurs fois d'employer cette position et que toujours il a dû y renoncer : « aux premières tentatives de réduction, la compression de l'utérus cause à la femme une douleur énervante qui brise ses forces et la fait tomber à plat ventre. » Cazeaux, cependant, rapporte qu'il a pu, deux fois, réduire ainsi des rétroflexions qui avaient résisté à tous les autres moyens; voici un de ces cas.

Obs. XC. — *Rétroversion à trois mois de grossesse; réduction au moyen de la main entière; par* Cazeaux (1). — Une femme grosse de trois mois, atteinte de rétroversion utérine, se trouvait dans le service de M. Aran. Sur l'invitation de ce médecin, Cazeaux essaya d'abord la réduction à l'aide des doigts introduits dans le vagin, mais n'ayant pu y parvenir après plusieurs

(1) *Acad. de méd.*, 30 août 1853.

tentatives, il eut l'idée de procéder de la manière suivante : il fit placer la malade sur les genoux et sur les coudes, le bassin fortement élevé, et dans cette position, il introduisit la main en totalité dans le vagin, manœuvre que cette attitude rendit plus facile. A l'aide de la main ainsi introduite, et secondée d'ailleurs par la pesanteur, il parvint assez facilement à obtenir la réduction et à repousser l'utérus jusqu'au-dessus de l'angle sacro-vertébral, où il fut maintenu.

M. Depaul a aussi employé cette position avec avantage dans le cas suivant, et la conseille quand on agit par le rectum.

Obs. XCI. — *Rétroversion à trois mois et demi de grossesse ; réduction heureuse ; par M. le professeur* Depaul (1). — Une femme enceinte de trois mois et demi était atteinte de rétroversion de la matrice. M. Depaul la fit placer sur les coudes et les genoux et, à l'aide de deux doigts introduits dans le vagin et des deux doigts de l'autre main introduits dans le rectum, parvint assez facilement à remettre l'organe dans sa position naturelle. Les résultats de l'opération furent des plus favorables.

Parent, Chapplain, Priou, Martin (de Tonneins), Blundell l'ont également employée avec succès.

4. La femme peut aussi être couchée à plat ventre, comme on l'a également conseillé, et M. Hubert s'est bien trouvé de cette position, ainsi qu'on peut le voir dans le cas suivant.

Obs. XCII. — *Rétroflexion à deux mois et demi d'une première grossesse ; réduction facilitée par la position sur le ventre ; guérison ; par M. le professeur* L. J. Hubert (2). — M^me^ N. P..., grande et belle femme, d'une excellente constitution, au retour de son voyage de noces et après quelques courses dans sa famille, m'envoya sa femme de chambre le 8 juillet 1862. Elle éprouvait, me dit celle-ci, de vives douleurs en urinant, elle perdait en blanc et les organes génitaux étaient irrités et rouges. Je conseillai des lotions et des injections, du thé à la réglisse avec addition d'un peu de graine de lin, ajoutant qu'il était difficile de bien juger sans voir et que si M^me^ N. P... n'était pas bientôt soulagée, elle me fit appeler; ce qu'elle fit trois jours après. Elle me dit alors qu'elle avait des vomissements aqueux ou bilieux le matin, et quelquefois des nausées dans la journée; que ses selles étaient difficiles, ses urines fréquentes et d'une émission douloureuse. Elle ajouta que ses règles étaient supprimées depuis six semaines; mais, après l'avoir examinée, je pensai qu'elle devait être enceinte de deux mois et demi et je ne me trompais pas, car au moment de l'accouchement, survenu six mois et demi plus tard (26 janvier 1862), les organes génitaux étaient parfaitement préparés et le volume de l'enfant prouvait qu'il était bien à terme.

(1) *Acad. de méd. de Paris,* 30 août 1853. Deuxième observation de M. Depaul.
(2) *Obs. inédite ;* cinquième de M. Hubert.

Mme N. P..., étant couchée horizontalement, je fus frappé de la dépression de l'hypogastre qui, par exception, semblait confirmer le dicton, *à ventre plat, enfant il y a*. Même en enfonçant les doigts derrière le pubis, je ne parvenais pas à reconnaître le fond de la matrice. Le toucher me rendit bientôt compte de ce fait. Je trouvai, en effet, tout l'organe notablement abaissé et en état de rétroflexion très-prononcée. La patiente étant couchée sur son flanc gauche, les cuisses fléchies sur le bassin (etc.), j'introduis dans le vagin l'indicateur et le médius droits, dont la face palmaire se trouve ainsi tournée en arrière et j'appuie graduellement sur le fond de la matrice que j'ébranle et soulève peu à peu, mais qui se trouve ensuite arrêté par la saillie du promontoire. J'engage alors Mme N. P..., à se mettre tout à fait sur le ventre et dès lors les deux mêmes doigts, agissant sur les mêmes points, surmontent immédiatement la résistance. Le col de la matrice se ramène du même coup vers la paroi postérieure du vagin et c'est à peine s'il existe encore trace de son inflexion. Je recommande quelques jours de précautions et bientôt la gestation reprend le cours le plus normal; non-seulement les troubles de la miction, mais aussi les nausées et les vomissements cessent immédiatement.

M. Rasch, à la Société obstétricale de Londres (7 février 1872), a fortement recommandé le décubitus abdominal. Le chloroforme peut alors être employé.

5. Une position des meilleures est celle indiquée par M. Godefroy, professeur d'accouchements à l'école de médecine de Rennes. Cet habile praticien fut conduit par le raisonnement à imaginer la position suivante : « La malade est placée sur le bord de son lit, la tête et les mains appuyées sur le sol, les cuisses et les jambes reposant seules sur le lit. Dans cette position l'axe du tronc de la malade fait, en tombant sur la ligne horizontale, un angle droit ou presque droit. Un aide soutient la malade dans cette position, en la tenant par les épaules. On laisse la malade quinze à vingt minutes dans cette position afin de donner aux intestins le temps de se porter vers le diaphragme. »

M. Godefroy emploie le même procédé dans l'antéversion et réussit alors toujours sans aucune manœuvre, parce qu'ici il n'y a pas de saillie vertébrale à franchir. Dans la rétroversion, il réduit au moyen de deux ou trois doigts introduits dans l'anus ou le vagin. Longtemps après avoir employé le procédé qui lui est propre, M. Godefroy a appris qu'un procédé plus ou moins semblable est employé par les sages-femmes mauresques pour réduire les renversements de l'utérus après l'accouchement : il consiste à suspendre la femme par les pieds pendant que l'on procède à la réduction; il a réussi, paraît-il, dans des cas où les autres avaient échoué.

Une position à peu près semblable avait déjà été conseillée par John

Clarke (1); on pourrait, dit-il, placer la malade les genoux sur le bord du lit et les coudes sur le parquet; par ce moyen, toute compression serait enlevée du fond de la matrice et on pourrait souvent la replacer en la comprimant au moyen de deux doigts introduits dans le vagin. On voit que cette position est intermédiaire entre celle de M. Godefroy et celle sur les genoux et les coudes. Une malade de M. Hubert en imaginait d'identiques (voy. obs. 32).

M. Godefroy a obtenu différents succès par son procédé et M. Guyot s'en est également très-bien trouvé. J'ai déjà rapporté, sous les nos 19 et 64, deux observations de ce savant accoucheur; en voici d'autres où son procédé a également réussi.

Obs. XCIII. — *Rétroversion au quatrième mois de grossesse; imminence d'avortement; récidive; guérison, par* M. Godefroy, *de Rennes* (2). — La femme M..., âgée de 25 ans, pluripare, grosse de trois mois et demi environ, éprouvait depuis quinze jours des pesanteurs dans le bassin et de la dysurie; elle s'occupait de son ménage sans suivre de traitement, lorsque, le 8 février 1843, elle fut prise d'un besoin continuel d'uriner, avec impossibilité de le satisfaire. M. Godefroy trouva la peau chaude, la bouche sèche, le pouls fréquent; la vessie remontait jusqu'à l'ombilic et causait de violentes douleurs; il *s'écoulait des glaires sanguinolentes* par la vulve.

Le col, légèrement ouvert, était placé en avant et un peu en bas derrière le pubis; le fond utérin reposait sur le sacrum.

La sonde évacua deux litres d'urine. La femme fut alors placée dans la position décrite, sur le bord de son lit, la tête et les mains sur le sol, soutenue par son mari; il ne survint pas de changement au bout de vingt minutes. Alors, sans désemparer, M. Godefroy fit par le vagin quelques tentatives avec l'indicateur de la main droite, pour repousser l'utérus au-dessus de l'angle sacro-vertébral, et la réduction s'opéra sans avoir besoin d'agir sur le col.

On ordonna à la malade de se coucher sur le côté gauche, le siége élevé par des oreillers et la tête basse. Conseil de boire peu et de tromper la soif avec de l'eau édulcorée de sirop de vinaigre.

La femme retira les oreillers de dessous le siège, se coucha sur le dos, la tête élevée et but beaucoup.

Le lendemain, M. Godefroy trouva une récidive à laquelle il remédia, du reste, facilement. Dès lors, la malade fut plus docile et garda la position latérale pendant trois jours, et le repos pendant six autres; puis elle reprit ses occupations habituelles. Aucun accident n'est venu enrayer la guérison.

Obs. XCIV. — *Rétroversion à trois mois révolus de grossesse, reconnue*

(1) *Traité des maladies des femmes*, par John Clarke, traduit par Debrucq, Gand, 1801.

(2) *Thèse* de M. Godefroy fils; 2e obs.

après un mois seulement; combinaison des procédés Godefroy et Négrier; par M. Godefroy, *de Rennes* (1). — La femme P..., cultivatrice, âgée de 36 ans, lymphatique, était arrivée à la fin du troisième mois de sa quatrième grossesse, quand elle fut prise subitement, le 4 octobre 1860, de douleurs dans le bas-ventre, qui rendirent la miction difficile, puis impossible. M. le docteur Duvert vida la vessie le lendemain; mais l'impossibilité d'uriner ayant continué, il fut de nouveau mandé le 5 novembre. Il toucha alors et reconnut une rétroversion. M. Godefroy, appelé en consultation, constata aussi le déplacement, ainsi qu'une tuméfaction de la vulve, et la coloration violacée de la muqueuse.

La femme fut placée pendant quinze minutes dans la position indiquée par M. Godefroy, pour donner aux intestins le temps de se porter vers le diaphragme. Assis alors au bord du lit, l'opérateur introduisit dans le vagin quatre doigts de la main droite et fit parcourir au fond de l'utérus toute la courbure du sacrum; mais, arrivé à l'angle vertébral, ses doigts n'étant pas assez longs, il introduisit toute la main, et ce fut avec le poing, suivant le procédé de Négrier, qu'il fit franchir le promontoire.

La femme fut portée dans son lit et couchée sur le côté; elle souffrit d'abord un peu du bas-ventre, puis la grossesse continua heureusement son cours.

Obs. XCV. — *Rétroversion à quatre mois et demi de grossesse; vessie incomplétement vidée; réduction par le rectum; succès, par M. le professeur* Godefroy, *de Rennes* (1). — Le 8 octobre 1845, la femme M..., multipare, d'une forte constitution, au bassin large et grosse de quatre mois et demi, fit une chute sur le siége en descendant un escalier. Immédiatement après, elle ressentit des pesanteurs dans le bassin, de la gêne dans l'émission des urines et dans la défécation.

Elle continua six jours à travailler; mais, le septième, la rétention d'urines et des fèces fut complète, elle ressentit des coliques et dut s'aliter. Elle crut à une fausse couche et appela la directrice de la salle d'accouchements de Rennes, qui constata la rétroversion, mais essaya en vain de sonder la malade. M. Godefroy constata que le fond de l'utérus répondait au coccyx, et que le col était si élevé derrière le pubis que l'indicateur arrivait difficilement jusqu'à sa lèvre postérieure.

Il sonda la malade avec une sonde d'homme, puis il la fit placer sur le bord de son lit, la tête et les mains appuyées sur le sol, les cuisses et les jambes reposant seules sur le lit. Après quelques minutes, pour donner aux intestins le temps de descendre vers le diaphragme, la malade étant bien soutenue par deux aides qui la soutenaient par les deux épaules, l'opérateur se plaça sur le bord du lit, à la gauche de la patiente, et introduisit dans le rectum quatre doigts de la main droite bien huilés, la pulpe vers l'utérus. Alors, en pressant, il le fit rétrograder tout le long du sacrum et franchir l'angle vertébral. Pendant la manœuvre, la vessie, incomplétement vidée, se débarrassa totalement : le tout dura quatre à

(1) *Mémoire;* obs. 3e.

cinq minutes. La malade resta cinq jours couchée sur le côté, le siége relevé, puis la grossesse eut une marche normale.

Obs. XCVI. — *Rétroversion à trois mois de grossesse; symptômes généraux; deux tumeurs abdominales; réduction; guérison; par* M. Guyot, *de Rennes* (1). — La nommée H..., 37 ans, astreinte aux plus rudes travaux des champs, grosse de trois mois, éprouva, à la suite d'un effort, un sentiment de pesanteur insolite : le lendemain, difficulté d'uriner et d'aller à la selle, malaise qui la força à s'aliter. Bientôt les symptômes prirent un caractère étonnant de gravité, et quatre jours après l'accident, la femme H... fut transportée à l'hôpital. Guyot fut frappé de l'altération de la figure, où était peinte l'anxiété la plus vive; les forces étaient brisées; le pouls petit, fréquent, concentré; la peau, couverte d'une sueur presque froide. Le ventre, fortement tendu, offrait deux tumeurs distinctes, séparées au niveau de l'ombilic par une raie transversale : la tumeur hypogastrique, formée par la vessie distendue, était arrondie, résistante, mate à la percussion et se prolongeait de droite et de gauche vers les fosses iliaques; la tumeur supérieure, provenant de la distension du reste du ventre par l'arrêt des fèces et des gaz, soulevait l'épigastre et les hypocondres, résonnait à la percussion et présentait une notable élasticité. Au toucher vaginal, le doigt était brusquement arrêté par une énorme tumeur qui occupait toute l'excavation pelvienne; le vagin rétréci, tiraillé en haut, était presque parallèle à l'axe du corps. Le col utérin, logé derrière et presque au niveau des bords supérieurs du pubis, n'était que fort difficilement exploré.

Le toucher anal signalait la présence, dans le bassin, d'une tumeur ferme, à surface lisse, sans fluctuation appréciable.

La rétroversion était manifeste. Guyot sonda, puis eut recours au procédé de réduction employé par M. Godefroy dans les deux observations qui précèdent.

Le succès fut aussi facile; et, après quelques efforts, la tumeur franchit le promontoire. Il s'écoula, pendant les manœuvres, un peu de sang; mais cet écoulement cessa de suite.

La malade fut astreinte à rester couchée sur le ventre, le bassin élevé; l'urine et les fèces reprirent leur cours normal. La malade sortit de l'hôpital au bout de quinze jours, et sa grossesse continua heureusement.

6. Dans un cas (obs. 18) M. Godefroy plaça la femme à genoux et la poitrine appuyée sur le lit, pour élever ainsi le siége. Cette position simple et facile pourrait peut-être donner de fort bons résultats. Dans l'obs. 64 M. Godefroy fut également obligé d'y avoir recours, la femme ne pouvant conserver longtemps l'autre position qui était trop fatigante.

Dans ces derniers temps, quelques accoucheurs américains (Mundé, H. et S. Campbell) ont vivement insisté sur cette position à genoux avec appui antérieur *sur la poitrine* et *non sur les coudes*; ils attribuent à la pression

(1) *Mémoire* de M. Godefroy.

atmosphérique la plus grande part de l'heureuse influence produite par cette position, dans le redressement de l'utérus rétroversé (v. Hayem, t. X, 1er fasc., 1877, p. 151 et suiv.).

Dans le même ordre d'idées, je signale l'idée bizarre de M. Massart (de Honfleur), qui consiste à attirer en haut le fond utérin, en pratiquant l'aspiration au moyen d'un vase de nuit (dont l'air intérieur a été chauffé) appliqué sur le ventre, en guise de ventouse. En lisant l'observation de M. Massart (*Mouvement médical*, 1877, n° 36), il n'est pas difficile de constater que le vase de nuit et son aspiration n'ont été pour rien dans la réussite des manœuvres de réduction.

7. Le décubitus latéral a été recommandé et employé par Chaussier, Evrat, Moreau, Martin (de Tonneins), etc. C'est la position qu'adopte M. Hubert. Le siége doit déborder un peu le lit, les cuisses sont fléchies, la supérieure écartée et soutenue par un aide, le haut du tronc un peu porté en avant pour que les parois abdominales soient bien relâchées.

Dans le même but, si la femme n'est pas soumise au chloroforme, M. Hubert l'engage à tenir la bouche entr'ouverte et surtout à résister aux envies de crier et de pousser qu'elle ne manque guère d'éprouver. Opérant de la main droite, sur quel côté doit-on coucher la patiente?

Supposons-la d'abord sur son flanc gauche; elle ne saurait être mieux, si on ne veut qu'accrocher le col de la matrice pour le ramener vers le centre du bassin; mais on ne réussit de la sorte que quand l'organe a conservé sa fermeté, quand le développement et le déplacement de la matrice sont peu considérables et qu'il n'existe pas d'enclavement réel, en un mot, dans les cas les plus faciles.

On peut toutefois — la femme restant sur son côté gauche — porter les doigts de la main droite et les faire agir sur le fond de l'utérus. Mais leur face palmaire est alors tournée en arrière et s'ils viennent à glisser, les ongles peuvent déchirer la muqueuse.

Tout en croyant que les doigts ainsi dirigés pénètrent un peu plus profondément et peuvent plus facilement atteindre le promontoire, M. Hubert préfère le décubitus latéral droit, d'autant plus qu'il lui permet d'utiliser la main gauche restée à l'extérieur, et d'opérer, au moins médiatement, sur le segment inférieur de l'utérus, une pression en sens opposé de celle que l'autre main exerce sur son fond (voir plus loin).

Toutes les positions que nous venons de passer en revue peuvent trouver des indications. A part celle, doublement inclinée, que j'ai décrite et qui n'a pas encore été essayée, toutes ont donné des succès.

Dans les cas simples, la position des opérations obstétricales, avec le bassin relevé, est très-suffisante. Elle s'allie très-bien avec l'emploi du

chloroforme et n'effraie pas la malade. Elle a surtout été employée par Martin jeune (de Lyon), Baudelocque, Amussat, Négrier, Gosselin.

La position sur les genoux et les coudes est très-fatigante, admet difficilement les anesthésiques, ne peut être gardée longtemps. Elle a cependant été recommandée et employée avec succès par beaucoup de praticiens des plus éminents (John, Hunter, Lynn, Grégoire, Deleurye, Boyer, Parent, Chappelain, Velpeau, Cazeaux, Courty, Depaul, etc.); on devra donc l'essayer dans les cas difficiles.

La position imaginée par M. Godefroy remplit bien mieux le but qu'on s'était proposé par la précédente, mais elle en a aussi les inconvénients et M. Godefroy lui-même a été une fois obligé d'y renoncer, la femme ne pouvant la supporter (v. obs. 64). Les succès qu'elle a donnés dans des cas difficiles imposent l'obligation de l'employer dans des circonstances semblables. Je la crois bien supérieure à celle des quadrupèdes, préférée par Cazeaux; elle me semble même moins difficile et moins fatigante; elle demande seulement plus d'aides.

Enfin la position sur le côté, employée avec tant de succès par M. Hubert, est très-facile, admet parfaitement l'anesthésie, ne demande guère d'aide, permet au fond de l'utérus de s'incliner vers une des symphyses iliaques et est évidemment une des plus simples et des plus avantageuses : elle est essentiellement de nature à favoriser la manœuvre de Capuron.

Manœuvres. — Les doigts, portés dans le vagin ou le rectum, atteignent plus facilement le promontoire, et peuvent par conséquent repousser plus haut le fond de l'utérus, si le chirurgien se trouve placé du côté du dos que s'il est en face de la femme. Le pouce resté à l'extérieur est alors tenu dans la rainure des fesses et la face palmaire des doigts est dirigée vers le sacrum. C'est la direction habituelle qu'on leur donne quand la femme est couchée sur le ventre, sur les genoux et les coudes, ou sur les genoux et la poitrine appuyée sur le lit. Mais dans ces cas, ils sont bien plus exposés à glisser et à léser ainsi les parties. Il est donc préférable de diriger la face palmaire en avant et de tenir le pouce sur le pénil. On pourra, même dans les positions indiquées, agir de cette façon; mais alors la femme doit être placée beaucoup plus haut, les genoux sur les bords d'un lit assez élevé ou d'une table convenablement garnie, et encore l'opérateur sera-t-il souvent obligé de s'agenouiller pour pouvoir donner à ses doigts la direction voulue; si l'on devait agir avec assez de force, la méthode ordinaire a tergo devrait donc être choisie.

Dans la position qu'il emploie, M. Godefroy s'assied à côté de la femme, sur le bord du lit, à gauche ou à droite, selon la main qu'il veut introduire (et il ne se place pas en arrière, comme le dit erronément M. Salmon).

Dans les autres positions dont nous avons parlé, la place de l'opérateur

est suffisamment indiquée et la face palmaire des doigts est naturellement tournée en avant.

Les doigts sont simplement enduits d'un corps gras et il n'est pas indiqué de les entourer de bandelettes, pour éviter les écorchures que peuvent faire les ongles, car ils doivent agir exclusivement avec la pulpe ou le dos (procédé de Négrier); se servir, comme Baudelocque, d'un pessaire ou d'un autre instrument semblable, afin de répartir la pression sur une plus large surface et de rendre ainsi les lésions moins probables, c'est compromettre également une des qualités les plus importantes de la réduction manuelle, la sensibilité, qui nous conduit, nous guide et nous avertit à chaque instant de ce qui se passe, c'est en arriver presque à la force instrumentale aveugle dont nous parlerons plus loin.

Les doigts sont donc simplement graissés et introduits le dos dirigé vers le sacrum (le plus souvent possible); ils doivent toujours agir avec la pulpe (excepté dans le procédé à poing fermé) et être portés autant que faire se peut sous le fond utérin qu'ils ne tardent pas à rencontrer. Si besoin est, ils peuvent se développer à l'aise, car en bas aucun plan osseux ne s'y oppose, et embrasser largement la tumeur. Ils repoussent alors le viscère dans la direction de la courbe de Carus, c'est-à-dire en arrière et en haut d'abord, si le déplacement est au troisième degré, directement en haut, puis en haut et en avant dans la direction du nombril. Telle est la direction générale à donner aux efforts; mais nous avons déjà vu qu'il faut en même temps obliquer de côté, pour que le grand axe de l'organe traverse le plus possible un des diamètres obliques et que le fond ne soit pas retenu par la saillie du promontoire (manœuvre de Capuron, v. plus loin, fig. 19); on sent du reste cette résistance et c'est alors surtout qu'il faut avoir soin de porter le fond de côté; mais dans le cas où l'utérus fortement enclavé, engorgé, n'a plus de forme spéciale et est exactement moulé sur l'excavation, il ne reste plus qu'à agir successivement sur les segments latéraux de l'organe et à les pousser l'un avant l'autre au-dessus du détroit supérieur.

On sent quelquefois des adhérences établies entre la matrice et les parties voisines; c'est un obstacle de plus, mais il n'est pas insurmontable. Si, comme dans un cas rapporté par Amussat (v. obs. 52), les brides existaient spécialement d'un côté, il faudrait imiter ce chirurgien et faire tourner d'abord l'organe du côté libre. Si les brides existaient également partout, on tenterait de les vaincre peu à peu en portant successivement, avec prudence, lenteur et pas trop de force, la tumeur de côté et d'autre tout en l'élevant progressivement. Il faut essayer d'allonger les adhérences sans les rompre, de peur de la péritonite qui s'ensuivrait inévitablement. L'introduction de quatre doigts dans ces cas difficiles est nécessaire, car il faut être à l'aise. Peut-être aussi la réduction au moyen d'un ballon à

air, distendu peu à peu, serait-elle préférable (voir plus loin). Tout en rappelant que la prudence est toujours de rigueur, et qu'on n'est autorisé à avoir recours à des méthodes dangereuses que si les symptômes commandent une intervention active (*vide supra*), nous devons bien dire que si les adhérences existent partout, la réduction spontanée n'est pas à espérer et que l'observation de Blundell n'est guère encourageante (voir obs. 49); on devra donc souvent agir d'une façon assez énergique.

Il est bien entendu que le résultat est suffisamment atteint dès que le fond de l'utérus a été repoussé au-dessus du promontoire, puisque le développement de l'organe n'est plus entravé; il importe peu que ce fond reste encore un peu incliné en arrière et que le col ne reprenne pas exactement sa position; mais il faut alors surveiller attentivement, car une récidive est facile (obs. 53).

La force à employer dans les manœuvres de réduction diffère selon le degré d'enclavement et le déplacement.

La bonne direction qu'on leur donne peut sans doute souvent remplacer l'énergie (tout comme dans les tractions manuelles ou instrumentales nécessitées dans les accouchements laborieux); n'a-t-on pas déjà vu la matrice se réduire seule, après que des chirurgiens avaient employé en vain une force assez grande, *non vi, sed arte?*

La force doit augmenter au moment où le fond de la matrice traverse le détroit supérieur; on sent alors un frottement contre la marge du bassin; puis l'organe se redresse par un mouvement de bascule, en continuant le mouvement qui lui a été imprimé. Le vide se fait donc alors sous les doigts. Beaucoup d'opérateurs ont aussi entendu à ce moment « un bruit assez semblable à celui que produit la détente d'un ressort » bruit qui peut effrayer et faire craindre une déchirure, si l'on n'est pas averti, comme dans le cas suivant.

Obs. XCVII. — *Rétroversion à quatre mois de grossesse; réduction violente; guérison; par* M. Barrier (1). — R. C..., 39 ans, lymphatique, mariée depuis dix-huit ans, a eu cinq couches heureuses; son bassin est normal, et rien n'a jamais pu faire soupçonner un déplacement ou une affection quelconque de la matrice. A la suite d'une fatigue continue en lavant du linge et de quelques efforts faits dans la journée en le soulevant, cette femme a éprouvé, il y a une vingtaine de jours, de fortes coliques et une gêne dans l'émission de l'urine.

Elle entre à l'Hôtel-Dieu le 25 juin 1853, et est alors enceinte de quatre mois et demi. Le ventre est ballonné, dur et de forme arrondie; coliques violentes, maux de reins très-forts; émission de l'urine fréquente, mais jamais abondante; la vessie remonte jusqu'à l'ombilic et la sonde en retire

(1) *Thèse* de Villers-Herluison, p. 26.

une quantité considérable d'urine; dès ce moment, elle est introduite trois fois par jour.

Au toucher, on reconnaît d'abord, à l'entrée du vagin, un bourrelet muqueux, de la grosseur d'une noix, constitué par la paroi postérieure du vagin relâchée; la paroi antérieure, au contraire, est lisse, tendue, et le méat urinaire est à 6 centimètres environ de profondeur; le petit bassin est rempli par une tumeur arrondie, élastique, de consistance médiocre, mais uniforme; nulle part, le doigt ne sent rien qui ressemble au col de l'utérus; la tumeur qui presse contre le pubis, l'empêche du reste d'arriver au cul-de-sac antérieur du vagin, où l'on suppose cet appendice placé.

Par le rectum, on sent cet intestin refoulé, aplati contre le sacrum, et la tumeur, dont la forme, le volume et la consistance, rappellent l'utérus à quatre mois de grossesse.

Une rétroversion est diagnostiquée. La femme est placée sur les genoux et les coudes, le chirurgien introduit les doigts dans le rectum, pour repousser en avant la tumeur, et, après quelques efforts, celle-ci cède brusquement et avec une telle violence que M. Barrier croit un moment à la perforation de l'intestin : heureusemcnt cette détente n'est que le signal de la réduction. L'organe dès lors est trouvé dans sa situation normale; les douleurs disparaissent sur le champ.

Soumis à tant de chocs, l'utérus devait avoir des contractions; elles arrivèrent en effet et firent craindre un avortement. Il n'en fut rien. Le surlendemain, la malade accusa quelques mouvements du fœtus, et l'opération sauva l'enfant aussi bien que la mère.

A ce moment aussi, d'après Burns, il s'écoule quelquefois du sang; mais l'avortement n'a lieu que s'il y a eu grande lésion.

La force sera douce, progressive, de peur d'irriter l'organe, de produire l'avortement. Si l'on n'agit qu'avec la pulpe des doigts, si les efforts sont bien gradués et exempts de brusquerie, ils peuvent être portés loin sans blesser la femme et le plus souvent même sans provoquer la fausse couche, aussi longtemps du moins que le déplacement n'a pas amené par lui-même des lésions organiques ou des altérations de l'œuf trop profondes.

La violence n'est jamais admissible; mais il sera permis d'employer une force plus ou moins considérable, si les symptômes sont graves et pressants et que l'avortement ne soit pas plus à craindre que les accidents déjà existants; car, comme le dit Gardien, l'avortement dans ce cas « devrait plutôt être regardé comme un bienfait de la nature, que comme un accident. »

Il ne faut pas, du reste, se décourager trop vite; il faut quelquefois de la patience, de la constance; il faut après avoir employé une méthode, en essayer une autre, sans cependant aller trop tôt d'un procédé à un second; on doit être persévérant sans brutalité et laisser quelqu'intervalle entre les tentatives.

Il suffit souvent de refouler le fond au-dessus du promontoire; mais si la grossesse n'est pas très-avancée, si l'utérus est mou, la récidive est à craindre et il est bon de pousser le fond plus en avant, ou de tâcher de l'y amener en attirant le col en arrière.

Tout ce que nous venons de dire se rapporte exclusivement au fond de l'organe; mais on peut agir également sur l'autre extrémité du grand diamètre, c'est-à-dire sur le col. La réduction peut être appelée *monopolaire* si l'on n'agit que sur l'une des extrémités, et *bipolaire* si l'on repousse le fond en haut, pendant que d'autres doigts exercent sur le col une action en sens opposé.

Dans tous les cas, il est bon de s'assurer, après avoir refoulé le fond au-dessus du détroit supérieur, que le col est revenu à la situation normale et de l'y ramener avec un ou deux doigts, s'il est resté dévié en avant.

La réduction enfin peut se faire par le vagin, par le rectum, ou par les deux à la fois.

De là, un certain nombre de procédés, que nous allons passer en revue.

Par le vagin. — C'est la voie la plus simple, la moins répugnante, la plus facile à suivre et la moins douloureuse; mais elle est un peu plus longue et les doigts tombent moins directement sur le corps à déplacer. C'est la voie à choisir dans la grande majorité des cas, et l'on peut constater qu'il en a été ainsi dans les observations nombreuses contenues dans ce travail.

1. Lorsque la matrice est peu développée et le déplacement peu prononcé, il suffit souvent d'accrocher le col avec deux doigts portés aussi haut que possible et de le ramener en bas et en arrière, pour que tout l'organe bascule. Le point d'appui et la matrice elle-même sont alors assez fermes pour permettre le mouvement de totalité.

Mais si le fond de la matrice est assez bas et assez développé pour avoir perdu toute mobilité, on n'a plus aucune chance de réussir en n'agissant que sur le col, d'autant moins que celui-ci est souvent ramolli, très-élevé, ou infléchi.

C'est dans des conditions semblables, qu'on paraît avoir opéré dans le cas suivant; il est probable que la réduction n'a pas été faite, ou a été très-incomplète, car les symptômes n'ont guère disparu après l'opération.

Obs. XCVIII. — *Rétroversion au troisième mois de la grossesse; réduction incertaine; avortement, par* M. Curie (1). — Stéphanie Leclerc, 36 ans, domestique, bonne constitution, a eu deux enfants à terme. Arrivée à deux mois et demi environ d'une nouvelle grossesse, elle eut à supporter de grandes fatigues, et dut quitter sa place à cause de grosses varices qui

(1) *Thèse de doctorat* p. 42.

l'obligèrent à garder le lit plusieurs jours. Une quinzaine de jours après, elle ressentit une vive douleur dans le ventre avec sensation de déplacement; la miction devint difficile et n'était plus guère possible que lorsque le corps était fortement penché en avant; le ventre augmenta de volume considérablement et la malade entra à la Charité le 13 mars 1866, dans le service de Monneret. La malade répand alors une forte odeur ammoniacale; on voit un œdème considérable des parties génitales externes et des parois abdominales, ainsi que des hémorroïdes assez volumineuses. *Elle a le dévoiement* et va à la selle sans difficulté. Le ventre est douloureux, développé, et la palpation y fait découvrir une tumeur fluctuante, remontant jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. La malade perd ses urines, surtout pendant la marche.

Par le toucher, on ne peut atteindre le col, qui paraît fortement entraîné en haut; on sent dans le cul-de-sac postérieur une tumeur volumineuse, peu mobile; en la pressant, on fait échapper beaucoup d'urine d'odeur ammoniacale. Par le rectum, on arrive à une surface large, appartenant à une tumeur pesante, qui semble penchée un peu vers la droite et comprime le rectum, bien qu'il n'y ait pas constipation.

On retire par le cathétérisme 7 à 8 litres d'urines; on applique des cataplasmes et on continue à sonder deux fois par jour.

Le 16, le doigt peut toucher le col, qui est mou, volumineux, entr'ouvert et reçoit les mouvements communiqués à la tumeur postérieure.

La rétroversion étant évidente, on place la femme sur les coudes et les genoux, et, au moyen de trois doigts introduits dans le vagin, le col est attiré vers sa position normale (?)

Jusqu'au 6 avril, on continue à sonder deux fois par jour et on fait des injections d'eau chlorurée, car l'urine continue à être fétide et chargée de mucosités. A cette date, l'état de la malade est moins satisfaisant; elle est amaigrie et a de fréquentes nausées.

Dans la nuit du 5 au 6, expulsion d'un fœtus de trois et demi à quatre mois. Dès lors la malade urine seule; mais il y a encore de fréquentes envies de vomir et des douleurs de ventre augmentées par la pression. (Cataplasmes et huit ventouses sur l'abdomen.)

La malade sort le 10 mai, ne conservant plus qu'un peu de dyspnée; l'utérus est encore très-abaissé et un peu volumineux.

2. Si l'enclavement est peu marqué, on peut quelquefois, avec l'indicateur seul, repousser le fond assez haut; mais le plus fréquemment on n'agira pas avec une force suffisante, et on ne pourra parvenir à repousser convenablement la tumeur qu'en employant un plus grand nombre de doigts; on en introduira deux, trois ou quatre, selon le cas; la main entière même pourra être nécessaire, et entrera du reste facilement si la femme n'est pas primipare.

Martin, jeune, dans la plupart des rétroversions qu'il a eu à traiter, est parvenu à réduire par cette méthode; c'est pourquoi M. Salmon donne,

avec assez de raison, à cette dernière, le nom de l'habile accoucheur de Lyon. Martin n'employait que la position obstétricale et se servait de deux ou de plusieurs doigts, ou même de la main entière, comme dans la neuvième observation de son mémoire; les doigts, introduits en dessous et en arrière de la matrice, la soulèvent avec la force nécessaire et la refoulent au-dessus du détroit.

Outre les observations de cet auteur, qu'on a déjà pu lire, en voici encore où il a usé avec succés de la même méthode.

Obs. XCIX. — *Rétroversion à trois mois et demi de grossesse; bruit sensible au moment de la réduction; guérison; par* Martin, *de Lyon* (1). — La femme Geoffret, 42 ans, au troisième mois de sa quatrième grossesse, souleva un pesant fardeau pour le placer sur la tête d'un homme : elle ressentit aussitôt dans le bassin un mouvement extraordinaire, accompagné de légères douleurs, ce qui ne l'empêcha pas de se livrer aux soins de son ménage; mais le soir, les urines, qui avaient coulé en petite quantité depuis l'accident, se supprimèrent tout à fait. Alors survinrent des douleurs vives dans l'hypogastre, des tiraillements dans les aînes qui rendaient difficiles les mouvements des membres inférieurs; un sentiment de pesanteur extraordinaire sur le rectum, des envies fréquentes et inutiles d'uriner et d'aller à la selle ; les plus violents efforts ne faisaient sortir que quelques gouttes d'urine, et quelques glaires mélangées de matières fécales. Cette femme ne consulta Martin que le 14 septembre 1811, vingt-un jours après l'accident.

Il trouva dans l'hypogastre une tumeur volumineuse, arrondie et fluctuante, formée par la vessie distendue, ce qui, joint aux autres renseignements, ne lui laissa aucun doute sur le déplacement de la matrice.

Par le toucher, en effet, il reconnut une tumeur remplissant le vagin et du volume d'une tête de fœtus à terme; c'était la matrice, dont le fond dirigé en arrière et en bas, déprimait le rectum, et poussait en avant le périnée et la paroi postérieure du vagin, tandis que le museau de tanche placé derrière, un peu au-dessus et à droite du pubis, pressait fortement la vessie de bas en haut et d'avant en arrière. Le mouvement de bascule de l'utérus était complet.

Après avoir situé convenablement la malade, Martin introduisit avec beaucoup de peine une sonde d'homme dans la vessie, d'où il sortit cinq à six litres d'urine. Un lavement, prescrit pour vider le rectum, ayant été refusé, on procéda de suite à la réduction. Les doigts index, annulaire et médius de la main droite repoussèrent d'abord la tumeur qui bouchait l'entrée du vagin, puis, dans un second effort, exercé de bas en haut, le fond de l'utérus fut relevé et reprit brusquement sa place avec un bruit sensible.

La malade, couchée horizontalement sur le dos, le bassin un peu élevé, garda jusqu'au lendemain le plus parfait repos. Des fomentations d'eau

(1) *Loc. cit.* obs. 6e.

froide furent faites sur le ventre, tous les accidents disparurent et le jour suivant, la femme placée sur une voiture, put retourner dans son village.

Obs. C. — *Rétroversion au troisième mois de grossesse ; guérison ; par* Martin, *de Lyon* (1). — La femme Huet, âgée de 33 ans, avait une descente de matrice depuis dix ans, époque de sa seconde grossesse. Depuis, elle avait traversé trois nouvelles grossesses sans accident. De nouveau enceinte, elle éprouva, à deux mois et demi environ de gestation, des difficultés d'uriner et d'aller à la selle; les efforts auxquels elle se livrait pour remplir ces fonctions, semblaient augmenter les obstacles. Lorsqu'elle vint consulter Martin, vingt-un jours après l'apparition des accidents, son ventre était développé comme au sixième mois de la grossesse, l'urine ne coulait plus que goutte à goutte et le passage des matières fécales était complétement intercepté. Les lavements n'avaient pu pénétrer dans le rectum, et il existait dans le bas-ventre des douleurs vives, que le besoin constant d'uriner et d'aller à la selle ne faisaient qu'accroître. Martin soupçonna déjà la rétroversion et le toucher confirma son opinion. Le fond de l'utérus, renversé en arrière, en bas et un peu à droite, faisait saillir le périnée et la vulve; la paroi postérieure de la matrice, devenue antérieure, effaçait le conduit du vagin et bouchait l'entrée de telle sorte, qu'on pouvait à peine y faire pénétrer un doigt, en passant immédiatement au-dessous du pubis; le col utérin était placé perpendiculairement en arrière et en haut de la symphise pubienne; la paroi vaginale antérieure était tendue et relevée, le méat urinaire retiré et profondément caché dans ce conduit.

Une sonde de femme introduite avec quelque difficulté, donna issue à cinq litres d'urine, ce qui diminua le volume de la tumeur formée par la matrice à la vulve et au périnée. Deux doigts purent alors être portés sur le fond même de l'utérus : Je formai en le soulevant, dit Martin, une espèce de vide, à la faveur duquel je parvins, par un effort soutenu, à rendre à l'organe sa position naturelle.

Après un accès de fièvre qui dura douze heures, et que l'auteur attribue à l'impression plutôt qu'aux manœuvres, les urines coulèrent librement et le lendemain, la femme, couchée sur le dos dans une voiture, partit pour son village.

Obs. CI. — *Métrorrhagie ; rétroversion ; réduction ; expulsion d'un placenta, par* Martin, *de Lyon* (2). — Mme Petrequin était faible et valétudinaire. Après la mort d'un enfant qu'elle allaitait, elle eut deux fois ses règles puis une légère métrorrhagie, qui durait depuis quinze jours quand Martin fut appelé. La malade se plaignait de douleurs dans la matrice et d'un poids incommode du côté du rectum. Le corps de la matrice était douloureux au toucher, engorgé et dirigé un peu en arrière; le col, porté en avant, était mou et un peu boursoufflé. (Remède pour calmer les douleurs.) La perte continuait et la femme se livrait à ses occupations ordinaires, lors-

(1) *Loc. cit.* obs. 7e.
(2) *Loc. cit.* obs. 3e.

que le 20 janvier 1866, après deux jours de travail plus fatigant, les douleurs abdominales, qui avaient toujours été obscures, devinrent extrêmement violentes; un besoin pressant et continuel d'aller à la selle tourmenta la malade, et, dans la nuit, au milieu des efforts qu'elle faisait pour y satisfaire, elle éprouva dans le bassin un sentiment de craquement et comme de rupture. Martin alors trouva le fond utérin porté en arrière et à gauche, refoulant vers la vulve la paroi postérieure du vagin, et bouchant presqu'entièrement ce conduit; le col fort difficile à atteindre, était recourbé sur lui-même et placé en haut et à droite derrière le pubis.

Deux doigts introduits par le vagin soulevèrent par degrés la matrice au-dessus du promontoire.

L'orifice utérin resta béant, la perte continua et Martin reconnut dans les caillots un lambeau de placenta.

Après quatre ou cinq semaines, la malade recouvra la santé.

Dans le cas suivant, M. Hubert employa aussi le procédé de Martin.

Obs. CII. — *Rétroversion à deux mois et demi d'une première grossesse ; réduction facile, avortement; récidives du déplacement après la fausse couche, par M. le professeur* L. J. Hubert (1). — Mme Del..., femme délicate, fluette, sujette aux flueurs blanches, douée d'un bassin large, était à deux mois et demi d'une première grossesse, quand elle fit le 18 mai 1858 un voyage à Tirlemont. En revenant, elle perdit un peu de sang, mais l'écoulement ayant cessé le lendemain, elle reprit ses occupations qui sont très-nombreuses. Il reparut trois jours après et devint subitement si copieux, que je fus appelé en hâte. Je trouvai la matrice culbutée en arrière, mais son fond restait un peu plus élevé que son col, et comme elle n'était pas bien volumineuse, je la réduisis, en agissant sur le fond d'abord, puis sur le col, sans avoir besoin de changer la position de la patiente, qui se trouvait couchée sur le dos. La manœuvre se fit sans difficulté et sans douleur, mais la perte était trop abondante, et les contractions utérines trop franches pour que l'avortement n'eût pas lieu. L'œuf en bloc fut en effet expulsé dans la nuit. J'avais prescrit les précautions ordinaires, mais Mme Del..., qui est à la tête d'un très-grand commerce, les négligea trop tôt et le déplacement se reproduisit à deux reprises. La réduction devint chaque fois un peu plus difficile et un peu plus douloureuse, parce que le défaut de soins avait amené une métrite subaiguë.

Dix-huit jours après l'avortement, l'organe était resté en position et depuis lors il ne s'est plus déplacé.

Mme Del..., grâce à un peu de précautions dans les quatre premiers mois, conduisit ensuite deux autres grossesses heureusement à terme.

Cazeaux, Négrier, Tarnier, Gérard, Baudelocque, Salmon, Maygrier, Naegelé, etc. ont employé avec succès ce procédé de Martin, combiné ou non avec une autre position. M. Depaul ne préconise le procédé vaginal

(1) Obs. inédite.

que s'il s'agit d'une multipare et d'une grossesse un peu avancée (quatre à quatre mois et demi), et dit alors d'introduire quatre doigts ou la main entière. Il est bon de pousser le fond de côté, pour éviter le promontoire, et de relever un bord avant l'autre, pour que la tumeur repasse plus facilement. M. Barnes, avec Skinner, insiste fortement pour qu'on donne à la réduction cette direction oblique, recommandée par Capuron.

3. D'après Jahn, Katzenberger introduisit le premier la main entière dans le vagin pour réduire la rétroversion, et Cockell se servit le premier du poing dans le même but.

Si la main entière est nécessaire, elle sera introduite en cône, comme pour la version, puis on la déploiera largement en arrière et en dessous de la matrice, de façon à la saisir dans la paume de la main. Dans ce cas l'usage du chloroforme est évidemment permis et indiqué, autant pour supprimer les douleurs que les efforts d'expulsion.

4. Négrier, ayant cru observer que les doigts agissaient sur une trop petite surface et risquaient ainsi de décoller le placenta (souvent inséré sur la paroi postérieure, près du fond), modifia le manuel opératoire en repliant dans sa main les cinq doigts introduits, et en se servant ainsi du poing fermé pour refouler la tumeur. Si le fond est très-bas, Négrier repousse d'abord, avec l'extrémité des doigts, la portion plus abaissée, afin d'avoir assez d'espace pour loger la main; quatre doigts pénètrent, puis le pouce; la main est alors fermée, renversée fortement en supination, en rangeant le pouce; il résulte de là que c'est la face dorsale des première et deuxième phalange des quatre doigts et le bord radial du pouce qui répondent à la face postérieure de l'utérus rétroversé. La femme est dans la position obstétricale, et la réduction s'opère par un mouvement de flexion de l'avant-bras sur le bras; le coude peut être appliqué sur le lit et sert, en tout cas, d'axe à la manœuvre; la main placée à l'extrémité du levier parcourt exactement la courbe de l'excavation pelvienne de bas en haut et d'arrière en avant; on doit procéder avec *lenteur, persévérance et force.*

Tels sont les conseils donnés par Négrier. Cette méthode a donné plusieurs succès importants à son inventeur et à des époques avancées de la grossesse. On a déjà pu lire l'obs. LXXIII; en voici d'autres du même auteur.

Obs. CIII. — *Rétroversion à trois mois et demi de grossesse (molaire?); réduction par le procédé de Martin; expulsion du produit. — Nouvelle rétroversion à quatre mois de la grossesse suivante; réduction au moyen du poing; guérison; par* Négrier, *d'Angers* (1). — La femme X..., âgée de 30 ans était pâle et affaiblie depuis longtemps, par la misère et un travail pénible. A la fin de 1837, elle fit un avortement de trois mois.

(1) Mémoire cité; obs. 2e et 3e.

De nouveau enceinte de trois mois, elle éprouva, tout à coup et sans savoir à quoi attribuer son accident, de la pesanteur dans le bas-ventre, des douleurs sourdes dans les lombes et de la difficulté pour aller à la selle. La miction, d'abord facile, ne tarda pas à s'embarrasser également et à devenir impossible.

Quinze jours après, le 9 mars 1838, elle entra à la maternité d'Angers. Négrier pratiqua le cathétérisme et retira deux litres d'urine. Les douleurs étaient devenues intolérables et la dernière selle datait de six jours.

Le toucher constata que le col utérin était porté en haut et en avant, derrière la symphyse pubienne, tandis que le fond remplissait en arrière toute la concavité du sacrum.

La malade fut placée comme pour l'application de forceps, et au moyen de quatre doigts introduits dans le vagin, Négrier pressa graduellement et avec force le corps de l'utérus de bas en haut et d'arrière en avant.

La réduction fut opérée; mais le lendemain, du sang parut à la vulve; bientôt les contractions utérines se développèrent, et un placenta de 12 à 15 centimètres de diamètre fut expulsé avec quelques vésicules rondes de la grosseur d'un fort plomb de chasse. Comme on ne retrouva aucune trace de cordon ombilical ni d'embryon, on peut tout aussi bien penser qu'il s'est agi d'une grossesse molaire, que d'admettre, avec Négrier, que les débris de l'embryon se sont fondus en partie et ont été rejetés à l'insu de la sage-femme.

En 1840, la même femme X... enceinte de quatre mois environ, fit des efforts pour porter un sac très-lourd, qu'elle avait appuyé sur son ventre; les mêmes accidents de sa grossesse précédente se reproduisirent, et, quatre jours après, elle vint trouver Négrier qui constata une rétroversion.

Pour y remédier, il eut recours cette fois, à un autre procédé. Pour éviter le décollement du placenta qu'il croyait pouvoir attribuer à la pression de l'extrémité de ses doigts, et voulant imiter le procédé si rationnel de Baudelocque (pessaire), il introduisit sa main toute entière dans le vagin; lorsqu'il sentit que le sphincter vulvaire était dépassé par la portion la plus volumineuse de la main, il la ferma exactement et la tourna complétement en supination. Il résulta de là que ce fut la face dorsale des deuxième et première phalanges des quatre doigts, et le bord radial du pouce qui répondirent à la face postérieure de l'utérus rétroversé.

La malade avait été placée, comme la première fois, sur le bord de son lit, les cuisses écartées et les pieds appuyés sur deux chaises. L'accident était récent; l'introduction de la main fut facile et sans douleur, et la réduction immédiatement opérée, sans grands efforts, par un simple mouvement de flexion de l'avant-bras sur le bras. L'articulation cubito-humérale servit d'axe à ce mouvement; la main placée à l'extrémité du levier parcourut exactement la courbe de l'excavation pelvienne dans le sens le plus favorable à la réduction.

Tous les accidents fâcheux disparurent aussitôt. La femme X... fut gardée dans le service pendant le temps de sa grossesse, qui fut heureuse ainsi que son accouchement.

Obs. CIV. — *Rétroversion à quatre mois de grossesse; réduction au moyen du poing et sans avoir vidé la vessie; guérison; par* Négrier, *d'Angers* (1). — Mme F..., âgée de 44 ans, bien portante, mère de trois enfants, au quatrième mois d'une nouvelle grossesse, voulut suppléer une de ses servantes, en portant à la fois deux seaux remplis d'eau. L'effort qu'elle fit, produisit instantanément une secousse dans son ventre.

Lorsque Négrier fut appelé en consultation, le 19 novembre 1857, quinze jours après, la malade était très-souffrante et couchée depuis plusieurs jours. Ses douleurs partaient de la région sus-pubienne et s'étendaient aux lombes et aux cuisses, en arrière. L'excrétion des urines était presque complétement suspendue, les selles étaient supprimées depuis huit jours. Le ventre offrait à l'hypogastre une large tumeur molle et la pression sur cette partie faisait naître de violentes envies d'uriner. Pouls à 110, visage coloré, peau chaude, halitueuse; ventre très-sensible à la pression; hyperesthésie des téguments.

Le toucher vaginal vint corroborer le diagnostic d'une rétroversion utérine.

Négrier ne s'était pas muni de sonde; mais, convaincu que le mode de réduction applicable en pareil cas ne devait causer aucun accident du côté de la vessie, quoiqu'elle fût remplie outre mesure, il proposa d'agir immédiatement, ce qui fut accepté.

La réduction fut faite comme dans le cas précédent; il eut seulement l'attention, pendant l'effort de soulèvement de l'utérus, d'appuyer plus fortement le coude sur la garniture du lit, dans le but de transporter un peu plus en arrière l'axe du mouvement, afin que le canal de l'urèthre fut de moins en moins comprimé par l'avant-bras; aussi les urines coulèrent-elles à plein canal.

Les fonctions de la vessie se rétablirent peû d'heures après, et les intestins furent déblayés au moyen de lavements laxatifs et de quelques doses d'huile de ricin. La grossesse et l'accouchement se terminèrent de la manière la plus heureuse.

Obs. CV. — *Rétroversion à quatre mois de grossesse, méconnue pendant quinze jours; accidents graves; réduction au moyen du poing, après avoir vidé la vessie; déplacement nouveau facilement réduit; soins consécutifs nombreux; continuation de la grossesse, par* Négrier, *d'Angers* (2). — La femme B..., âgée de 42 ans, grande et forte, est accouchée naturellement il y a dix ans. Enceinte de nouveau et parvenue au quatrième mois de sa grossesse, elle tomba dans un escalier, de la hauteur de cinq marches; la chute eut lieu d'aplomb, le siège sur la marche inférieure. La brusque secousse qui en résulta produisit instantanément un dérangement dans son ventre. L'émission des urines et l'expulsion des garde-robes devinrent de plus en plus difficiles. Le médecin ordinaire ne reconnut pas la cause de ces accidents. Après quinze jours, la défécation devint impossible, même aidée par des

(1) *Loc. cit.*, obs. 5e.
(2) *Loc. cit.*, obs. 6e.

lavements et des laxatifs. Les urines coulaient chaque jour encore fréquemment, mais chaque fois en très-petite quantité. Vingt jours se passèrent ; le ventre devint volumineux et très-douloureux, la fièvre se manifesta, des vomissements se répétèrent chaque jour, et une insomnie complète acheva de briser les forces de la malade.

Négrier fut alors appelé et constata le renversement de l'utérus en arrière, et la tumeur de la vessie qui s'élevait à la hauteur de l'ombilic. La situation lui parut grave, tant à cause de l'abaissement considérable de l'utérus, de l'ancienneté de l'accident, que par l'état de faiblesse, d'agacement nerveux général et d'une résorption fécale et urineuse, bien caractérisée par l'odeur fétide de l'haleine et de la transpiration.

Une heure après, Négrier revint avec une sonde, retira trois litres d'urine, puis procéda à la réduction. Bien que les organes sexuels fussent larges et souples, il pénétra difficilement dans le vagin, parce que la paroi postérieure de ce canal était fortement projetée vers le centre de l'excavation par l'utérus renversé ; le rectum cependant était vide. Il dut donc d'abord repousser, avec l'extrémité des doigts, le fond de l'utérus descendant vers la pointe du sacrum ; il y parvint avec quelque peine et obtint l'espace suffisant pour fermer la main ; tournant alors exactement le poignet en supination forcée, et rangeant le pouce raccourci, il releva la masse utérine *lentement*, *graduellement*, avec force et persistance. La réduction ne fut probablement pas complète, car le lendemain de simples efforts pour aller à la selle reproduisirent l'accident. Mais le renversement ne fut plus aussi grand et fut promptement réduit.

La grossesse était avancée et les accidents avaient duré longtemps ; aussi vit-on la paralysie de la vessie persister un mois et demi. Les intestins ne reprirent leurs fonctions normales qu'après dix jours de soins très-actifs, qu'après une série de bains et d'injections de décoction de feuilles de noyer. Les forces et l'embonpoint ne reparurent qu'au bout de deux mois d'un régime substantiel. La grossesse continua cependant régulièrement et l'accouchement fut normal.

M. Gosselin s'est servi avec succès du procédé de Négrier dans le cas suivant :

Obs. CVI. — *Rétroversion à deux mois de grossesse, accidents sérieux ; œdème ; insuccès du procédé d'Amussat ; emploi du poing ; guérison, par M. le professeur* Gosselin (1). — La femme Marie-Anne ...., âgée de 40 ans, se présumant enceinte de deux mois, était occupée à ses travaux habituels, le 27 août, lorsqu'en soulevant sur ses épaules un lourd fardeau, elle éprouva une douleur dans les reins. Cette douleur ne fut pas assez intense pour l'obliger à s'arrêter ; elle ne fut pas non plus subite, et la malade ne ressentit pas un brusque changement dans les organes du petit bassin. Deux jours après, la malade fut forcée de garder le lit : elle urinait souvent, avec de grands efforts et en très-petite quantité chaque fois ; son bas-

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1860.

ventre augmentait plus rapidement qu'il n'avait fait jusqu'alors, et les selles devinrent rares.

Le ventre continua à grossir, les envies d'uriner devinrent de plus en plus fréquentes, des douleurs vives se montrèrent; le 17 septembre apparut un œdème des membres inférieurs et des grandes lèvres; aucun trouble général cependant.

Le 16, un médecin essaya en vain de sonder, et le 18, la malade fut transportée à l'hôpital Baujon, dans le service de M. Gosselin.

A ce moment, le ventre a le volume de celui d'une femme enceinte de six à sept mois; il est fluctuant, mat à la percussion, jusqu'à quelques centimètres au-dessus de l'ombilic. L'œdème est assez considérable; la muqueuse vaginale est violacée, *ce qui indique assez bien l'état de grossesse.* L'état général est bon, à part la faiblesse occasionnée par les douleurs; la malade mangerait avec appétit, mais elle évite de manger beaucoup parce qu'elle a remarqué que son ventre augmentait alors considérablement et qu'elle souffrait davantage.

Par le toucher, le doigt sent la paroi recto-vaginale œdématiée; il pénètre profondément avant de rencontrer le col utérin, qui est situé derrière la symphyse et dont l'extrémité libre regarde en haut. Le cathétérisme de la vessie donne issue à quatre ou cinq litres d'urine, peu colorée et ne contenant pas d'albumine : une sonde de femme a été nécessaire, car on a du l'enfoncer très-profondément.

Par le palper abdominal, on sent un corps résistant, peu volumineux, peu élevé au-dessus de la symphyse pubienne et qui est probablement une partie de l'utérus.

La paroi postérieure du vagin est fortement distendue par une tumeur arrondie, du volume de la tête d'un enfant à terme, adhérente au col utérin, ayant la forme de l'utérus à quatre mois de grossesse, seulement *plus mollasse.* Par le toucher rectal, on s'assure que cette même tumeur, qui remplit la cavité du petit bassin, est placée au devant du rectum qu'elle comprime; elle est mollasse, dépressible, un peu plus consistante en certains points.

Lorsque la malade veut marcher, elle éprouve de vives douleurs dans le bas-ventre, les cuisses, les aînes, les parties latérales du petit bassin, mais principalement dans la région sacrée. On entend le souffle placentaire au-dessus du pubis; mais on ne perçoit point les battements du cœur fœtal.

MM. Gosselin, Huguier et Depaul portent le diagnostic : rétroversion de l'utérus avec grossesse.

On sonde quatre fois la malade pendant la journée et chaque fois il sort une quantité considérable d'urine.

Le 20. On procède à la réduction. La malade étant chloroformée, Gosselin introduit d'abord deux doigts dans le rectum, mais il ne peut pénétrer assez profondément, et craignant une déchirure de l'anus en introduisant la main entière, il met de suite en usage le procédé de Négrier.

Il introduit d'abord les quatre derniers doigts de la main droite dans le vagin, ensuite le pouce, puis retournant la main en supination et fermant

le poing, il pousse en haut et un peu en arrière, comme pour arriver à l'angle sacro-vertébral. La tumeur cède et remonte, et le col reprend sa position normale.

On sonde encore la malade deux jours. Il lui reste encore quelques douleurs légères dans le sacrum. Elle garde toujours le lit, quoiqu'elle puisse marcher sans souffrir.

Le 24. On sent parfaitement l'utérus dans sa position normale; il paraît beaucoup plus ferme et plus dur, ce qui tient probablement à la disparition de l'œdème dont il était le siége.

Les jours suivants, perte d'appétit, frissons, douleurs dans le bassin, ventre douloureux à la pression, un peu ballonné; pas de nausée, ni de vomissement; lavements purgatifs. Dès le 1er octobre, ces symptômes de légère métro-péritonite disparaissent, et quinze jours après, la santé est parfaite, les battements du cœur fœtal sont parfaitement perceptibles, et on laisse sortir la malade.

M. Godefroy a mis également en usage ce procédé de Négrier pour faire franchir au fond utérin l'angle sacro-vertébral (procédé du poing fermé combiné avec la position particulière de Godefroy. V. obs. 94).

M. Gérard, dans un cas de rétroversion qu'il observa en 1840, employa également le poing pour réduire (V. obs. 16); c'était longtemps avant que Négrier n'eût décrit ce procédé.

Ce procédé de Négrier permet d'agir avec beaucoup d'énergie et peut être indiqué dans les cas difficiles.

Je ferai remarquer que la sensibilité du dos de la main est bien moindre que celle de la pulpe, et qu'on peut, avec le poing, être porté à agir avec trop de force. Il ne faut donc pas y avoir recours dans les cas ordinaires, bien qu'il puisse parfois devenir une précieuse ressource.

5. Dans les procédés que nous venons d'examiner, on n'agit que sur un des pôles de la matrice; mais on peut aussi agir successivement, ou simultanément, sur le col et sur le fond.

Si le col n'est pas très-élevé, il sera possible, avant de repousser le fond, de produire une espèce de rétroflexion, si elle n'existe pas déjà, en attirant le col en bas, pour dégager d'abord la partie antérieure du viscère et donner plus d'espace au restant de l'organe.

6. Dans un but semblable, M. Vignard a proposé et employé une méthode différente (*Journal de médecine de l'Ouest*, octobre 1867). Cet auteur place la femme comme pour une application de forceps, le bassin un peu plus élevé, se met à la droite de la malade et appuie solidement sa main gauche *sur le pubis;* il introduit alors quatre doigts dans le vagin, relève fortement, mais avec une grande lenteur, *la partie antérieure* de l'utérus, puis, glissant ses doigts dans la direction de l'angle sacro-vertébral, en maintenant avec fermeté le bord radial de la main le plus près possible

de l'arcade pubienne, il refoule la partie postérieure et gauche, puis tout le fond de l'utérus au delà du diamètre sacro-sous-pubien; alors la tumeur, élevée toute entière au-dessus du détroit supérieur, bascule naturellement et la réduction est obtenue.

M. Vignard a relaté deux observations à l'appui de son procédé auquel il a donné le nom de *sacro-sous-pubien;* une troisième observation a été rapportée dans la thèse de son élève, M. De France (1874). En voici le résumé :

Obs. CVII. — *Rétroversion à trois mois de grossesse; réduction, guérison, par* M. Vignard. — Mme X., 30 ans, a eu trois grossesses heureuses; enceinte de nouveau de trois mois environ, elle ressentait depuis quelques jours une gêne dans le petit bassin avec dysurie et constipation, lorsque dans la nuit du 1er au 2 novembre 1866, elle éprouva de vives coliques dans le bas-ventre avec envie continuelle d'uriner au point de ne pouvoir demeurer au lit. Elle fit appeler M. Vignard, qui trouva la vessie fortement distendue et la matrice en rétroversion complète. L'évacuation de la vessie soulagea beaucoup la malade et l'auteur crut pouvoir attendre, espérant une réduction spontanée. Mais le lendemain les douleurs dans le bassin, la pesanteur rectale et le ténesme étaient vraiment insupportables, de sorte que l'intervention parut indispensable et urgente.

La femme ayant été placée dans la position obstétricale et la vessie vidée, M. Vignard introduisit dans le vagin quatre doigts de la main droite jusqu'à la racine du pouce et, prenant de la main gauche un appui sur le pubis, il repoussa fortement l'utérus directement en haut; la tumeur se laissa déprimer et soulever peut-être un peu par sa partie antérieure, mais le fond ne franchit point le promontoire.

L'idée lui vint alors que, si dirigeant ses doigts en haut et en arrière, il pouvait atteindre l'angle sacro-vertébral, la réduction serait alors certaine. Sachant qu'il n'y avait pas de danger pour la mère à atteindre ce point du bassin, et persuadé qu'à force égale, une pression par glissement devait être moins préjudiciable à l'œuf qu'une pression directe, il poussa fortement, mais avec une grande lenteur, ses doigts dans la direction de l'angle sacro-vertébral, et glissant sur la tumeur en tenant le bord radial de la main le plus près possible de l'arcade pubienne, il lui fut assez facile d'arriver jusqu'au promontoire. L'utérus étant réduit, son fond fut trouvé au-dessus du pubis et le col au centre du vagin.

La malade fut couchée sur le ventre toute la journée, puis sur les côtés les jours suivants; les fonctions se rétablirent bientôt et la grossesse continua heureusement son cours.

Obs. CVIII. — *Rétroversion au quatrième mois de la grossesse; réduction; guérison; par* M. Vignard. — Mme Guérin, 29 ans, primipare, avait eu ses dernières règles le 21 août 1866; au commencement de décembre, elle éprouva de la gêne au bas-ventre, de la douleur lombaire, de la dysurie; le docteur Vendangeon prescrivit le repos au lit, des cataplasmes sur le

ventre et des boissons rafraîchissantes; ce traitement atténua si bien tous ces symptômes que le 13 la malade put broyer du lin toute la journée. Ce travail pénible s'exécute debout et s'accompagne de violentes et brusques secousses du tronc. Aussi dès le soir de cette journée si fatigante, la dysurie, les douleurs abdominales et lombaires reparurent avec une grande intensité, et ne cédèrent plus au traitement qui avait réussi quelques jours auparavant.

Dans la soirée du 15, M. Vignard alla voir la malade et la trouva couverte de sueur, la face rouge, se livrant à des efforts d'expulsion considérables et poussant des cris vigoureux. La vessie distendue remontait jusqu'au-dessus de l'ombilic; l'utérus était en rétroversion complète.

Le cathétérisme donna issue à quatre litres d'urine foncée et soulagea beaucoup la patiente. On la plaça alors dans la position obstétricale et M. Vendangeon essaya d'appliquer le procédé de M. Vignard pour réduire la matrice; mais ce fut en vain. Ce dernier prit alors sa place : alors prenant un point d'appui sur le pubis de la patiente, il introduisit quatre doigts de la main droite, réunis et bien graissés, dans le vagin, et il les poussa avec force, mais très-lentement, dans la direction de l'angle sacro-vertébral, en glissant sur la tumeur et en tenant le bord radial de la main en contact avec l'arcade pubienne. Le but fut assez promptement atteint et le col revint à sa place.

Malgré un nouveau déplacement de l'utérus, qui fut facilement réduit par M. Vendangeon, la femme G... continua sa grossesse et accoucha heureusement à terme.

Obs. CIX. — *Rétroversion à trois mois et demi de grossesse; vomissements incoercibles; réduction, guérison; par* M. Vignard. — L'épouse C..., âgée de 25 ans, avait eu successivement deux fausses couches vers le cinquième mois de la grossesse. Enceinte de nouveau de trois mois et demi, elle était sujette depuis quelque temps à des vomissements incoercibles quand M. Vignard fut appelé, le 6 septembre 1872. A ce moment, cette femme était excessivement pâle et d'une faiblesse telle qu'elle ne pouvait quitter le lit; tous les aliments, liquides et solides, étaient rejetés immédiatement. M. Vignard eut la bonne idée de penser à un déplacement, et, interrogeant la femme à ce point de vue, il apprit que, depuis quelque temps, elle avait de la peine à uriner et à aller à la selle. Il procéda alors à un examen local et constata une rétroversion complète de l'utérus. Il essaya la réduction par son procédé ordinaire, en soulevant d'abord le col au-dessus des pubis, et relevant ensuite le fond en dirigeant le bord radial de la main vers l'angle sacro-vertébral. La réduction se fit lentement et fut constatée par la sage-femme.

La malade fut placée dans le décubitus latéral et évita tout effort. Bientôt les vomissements cessèrent et les fonctions furent normales. La grossesse ne fut plus interrompue et arriva heureusement à terme.

M. Vignard reconnaît à son procédé *sacro-sous-pubien* une série d'avantages, dont les principaux sont : de donner une certaine mobilité à l'organe

en repoussant d'abord la partie antérieure au-dessus des pubis; de pouvoir dès lors, si besoin est, vider la vessie; d'avoir moins de crainte de léser le fœtus, dont les trois quarts antérieurs sont déjà soulevés et dégagés quand la plus grande force est nécessaire; d'éviter l'aplatissement de la tumeur; de faciliter sa réduction en poussant un bord avant l'autre.

Ces avantages me paraissent plutôt théoriques, et le dernier n'est nullement spécial à cette méthode. Est-il facile et possible, du reste, de relever d'abord la partie antérieure au-dessus du pubis?

La paroi antérieure du vagin est déjà très-tendue et l'on pourrait craindre des déchirures en augmentant encore plus ou moins brusquement cette tension, qui s'est faite petit à petit, en plusieurs jours. L'urine ne sera pas plus facilement évacuée, car le canal de l'urèthre sera trop tendu pour permettre l'écoulement du liquide et même l'introduction du cathéter. Au surplus, je n'ai pas remarqué, dans les observations où le col se trouvait au-dessus des pubis, que la réduction fût plus facile; c'est même le contraire qui est indiqué. Il m'est donc impossible de regarder la méthode de M. Vignard comme avantageuse; je pense même que, sérieusement appliquée, elle présenterait des dangers. Au surplus les observations qu'il a publiées, sont peu explicites et ne me paraissent guère concluantes. En les lisant attentivement, on peut se demander si l'auteur a exécuté le premier temps de son procédé, celui qui consiste à dégager le segment inférieur (devenu la partie antérieure) de l'utérus en le *relevant fortement* au-dessus des pubis? Rien ne le prouve dans les deux premières observations, où la manœuvre est décrite avec quelques détails; et, dans la troisième, on se contente de l'indiquer. — Or ce premier temps est la caractéristique du procédé; sans lui, la manœuvre se réduit à glisser (au lieu de pousser) les doigts dans la direction du promontoire de façon à refouler le fond utérin au-dessus de cette éminence, en suivant la courbe de carus et en relevant si possible un côté avant l'autre. De sorte que c'est la méthode vaginale ordinaire, avec un nouveau nom.

7. On a pu voir, en lisant l'obs. XLII, que M. Wasseige a employé une méthode bipolaire exclusivement vaginale, qu'a indiquée Capuron. L'index gauche fut introduit dans l'orifice externe du col pour l'abaisser, tandis que quatre doigts de la main droite, portés sur la face postérieure de l'utérus, tâchaient de la soulever. Cette manœuvre fut couronnée de succès. M. Chapplain ne fut pas aussi heureux (v. obs. 63) et essaya vainement deux fois de réduire de cette façon, en se servant même la seconde fois de la position sur les genoux; mais le chirurgien de Marseille ne se servit que d'un doigt de chaque main, tandis que M. Wasseige porta quatre doigts de la main droite sur le fond.

Dans le cas que je viens de rappeler, la vulve était très-distendue, de

sorte qu'on pouvait assez facilement agir simultanément par le vagin sur les deux pôles du viscère. Mais ce n'est pas le cas ordinaire, puisque plusieurs praticiens nient même qu'on puisse agir en même temps sur le col par le vagin et sur le fond par le rectum.

8. C'est alors qu'il est nécessaire d'avoir recours à la réduction bipolaire combinée par manœuvres internes et externes, que M. Hubert a le premier mise en usage. — Elle consiste à presser fortement sur le segment inférieur de l'utérus, au moyen des doigts de la main gauche enfoncés au-dessus des pubis, en même temps que l'autre main agit en sens opposé sur le fond. M. Hubert a introduit cette autre main dans le vagin, mais il est évident que la méthode peut être employée également par le rectum.

Cette idée d'agir de la main libre à travers la paroi hypogastrique sur le segment inférieur de l'utérus, est-elle neuve?

Richter et Jahn conseillaient d'imposer les doigts au pubis pendant les efforts de réduction, mais ils n'avaient pour but que d'empêcher le col de se porter encore plus en avant.

M. Vignard, dans un but évidemment semblable, celui de modérer la première action des doigts portés à l'intérieur, appuie solidement sa main gauche sur le pubis (1867).

On ne peut trouver dans ces méthodes absolument rien qui se rapproche de la manœuvre externe d'abaissement, pratiquée par M. Hubert, sur le segment inférieur de la matrice.

M. Barnes a probablement entrevu le parti qu'on pourrait tirer des manœuvres externes; il dit en effet : « Il est bon, pendant qu'on repousse l'utérus par en bas, d'exercer une pression en sens contraire avec la main placée au-dessus de la symphyse. » Mais c'est là tout ce qu'il nous dit. De plus, la traduction de l'ouvrage anglais est toute récente, et, du reste, M. Barnes n'a, à ma connaissance, exposé ses idées sur ce sujet que dans la seconde édition de son ouvrage, c'est-à-dire en février 1871. Or, M. Hubert a employé la méthode bipolaire combinée déjà en octobre 1870 (voir obs. 13).

Cette manière de faire avait, cependant, été indiquée assez bien par Désormeaux (*Dict.* en 21 vol.; 1828; art. utérus) : « Il faut, disait-il, avec un ou plusieurs doigts introduits dans le vagin, repousser en haut le fond de l'utérus, tandis qu'avec les doigts de l'autre main, on appuie sur la région hypogastrique pour contenir et *même déprimer* le col de cet organe. »

Mais il est vrai de dire que ce conseil avait complétement passé inaperçu et n'avait été reproduit par aucun auteur. M. Hubert ne le connaissait pas et a, du reste, le mérite de l'avoir introduit dans la pratique. Il a employé deux fois ce mode de réduction avec la position sur le côté, dont j'ai parlé plus haut; mais rien n'empêche, si la nécessité s'en faisait sentir, de placer la femme d'une autre manière.

Il est inutile d'insister sur les avantages qu'on peut retirer de cette façon d'opérer. Agir en sens inverse sur les deux pôles donne beaucoup plus de chance de réussir; mais on ne peut guère, et à peine, qu'introduire un doigt pour abaisser le col; si pour employer plus de force, on introduit un cathéter dans ce dernier, on risque de provoquer l'avortement. Le col enfin est ramolli, très-élevé ou incurvé, et n'offre pas de prise sérieuse.

Si l'on agit par l'extérieur, au contraire, on peut avec quatre doigts avoir une puissance très-grande et d'autant moins dangereuse qu'elle se répartit sur une large surface.

L'emploi de cette manœuvre externe est ici d'autant plus facile que la rétroversion est plus fréquente chez les multipares. M. Hubert n'a pas du reste été favorisé par la minceur des parois abdominales, car la femme J... (obs. 13) était douée d'un certain embonpoint et la rétention d'urine, qui avait tout au plus distendu le ventre comme un utérus à six mois et demi, ne pouvait avoir enlevé toute résistance à la paroi hypogastrique chez une femme naturellement robuste. Souvent aussi l'abdomen aura été plus ou moins fortement relâché par la distension de la vessie, surtout dans les cas graves. M. Hubert a réussi dans deux rétroversions à quatre mois et demi de grossesse, alors que plusieurs autres tentatives avaient échoué; la grossesse a continué heureusement chez la femme J... (obs. 13), et il est possible que l'enfant était déjà mort dans l'obs. 53, depuis quelques jours. Enfin les manœuvres externes peuvent avec avantage être combinées avec d'autres procédés, tels que ceux de Négrier, de Godefroy, de Dussaussois, d'Evrat, de Capuron, etc.

M. Quintin a rapporté dans les *Annales de la Société médico-chirurgicale de Liége* (1876, p. 353), une remarquable observation, dont voici un résumé très-succinct :

Obs. CX. — *Rétroversion méconnue; rétention d'urine prise pour la grossesse; réduction; accouchement à terme; par M. le docteur* Quintin, *de Leuze lez-Tournay.* — Mme A. D., cultivatrice, 44 ans, a eu six grossesses heureuses. Enceinte de nouveau vers la mi-juillet 1874, elle éprouva, à la fin de septembre, de la pesanteur dans le bas-ventre, des envies fréquentes d'uriner et d'aller à la selle.

Un matin des premiers jours d'octobre elle ne put plus uriner et ne parvint, qu'après de très-grands efforts, à expulser une petite quantité d'urine. Bientôt l'hypogastre augmenta de volume, et il y eut dû malaise général, de l'insomnie et l'urine ne coula plus que par regorgement.

Un officier de santé attribue le développement du ventre à un état plus avancé de la grossesse et prescrit quelques émollients. Huit jours après, les pieds, les jambes, les cuisses, sont œdématiés; du douzième au seizième jour l'hydropisie gagne le pourtour du bassin, l'abdomen, et atteint la

base du thorax. Pendant cette longue période, les symptômes généraux et locaux s'aggravent : le ventre se distend de plus en plus, les douleurs sont continues ; il y a insomnie, inappétence, fièvre, teinte subictérique de la face; bientôt nausées, frissons, grande prostration, sueurs profuses.

Tel est l'état de la malade quand M. Quintin la voit, dix-sept jours après le début des accidents.

Un examen local bien fait ne laisse aucun doute sur la nature du développement du ventre, ni sur la cause première de la rétention d'urine : il y a rétroversion de la matrice, dont le fond se trouve culbuté en arrière dans la concavité du sacrum, et dont le col est appliqué contre la face interne et postérieure de la symphyse pubienne.

Le cathétérisme, pratiqué avec une sonde en gomme, donne issue à environ dix pintes d'urine brûlante, ammoniacale, brune, mêlée de mucosités. Puis l'auteur procède sur le champ à la réduction de la manière suivante : la femme est couchée horizontalement ; avec les doigts de la main droite disposé en cône, on tâche de repousser de bas en haut le corps de l'utérus, pendant qu'avec les doigts de la main gauche appliqués au-dessus du pubis, on exerce une pression de haut en bas sur le col, au travers des parois abdominales. Cette double impulsion en sens inverse, qui exige un certain effort, imprime un mouvement de bascule à la matrice, qui reprend sa direction normale.

Cette manœuvre est suivie d'un grand soulagement, mais la rétention d'urine se reproduit par suite d'inertie de la vessie et le troisième jour l'état est de nouveau fort mauvais; mais la matrice n'ayant point subi de nouveau déplacement, le cathétérisme suffit pour enlever tous les symptômes.

Dès lors, le cathétérisme est fréquemment répété ; M. Quintin combat avec succès une cystite assez violente, suite nécessaire des événements antérieurs; bientôt l'appétit revient, les forces renaissent, l'anasarque disparaît et la grossesse poursuit sa marche sans entrave.

En résumé, la méthode bipolaire de M. Hubert est rationnelle, puissante, consacrée par l'expérience et offre une ressource précieuse dans les cas difficiles.

Par le rectum. — C'est le procédé le plus ancien, déjà recommandé par Aspasie, Roderic a Castro, etc. Il est plus répugnant et plus douloureux que l'autre, mais il semble devoir être préféré dans les cas difficiles, parce que les doigts vont tomber plus perpendiculairement sur le corps à déplacer et arrivent plus aisément au promontoire. Il a donné bon nombre de succès.

On sait que le fond utérin est à peu de distance de l'anus et est atteint rapidement par cette voie ; mais s'il est tout à fait sur le périnée, de façon que le grand axe du viscère soit complétement renversé, le premier temps de l'opération, c'est-à-dire le refoulement en haut et en arrière, sera plus facile à exécuter par le vagin. Après ce premier mouvement, on agira

mieux et plus fortement par le rectum, et on devra y arriver si les manœuvres vaginales ont échoué.

Certains accoucheurs regardent surtout la primiparité comme une indication du procédé rectal parce que le vagin présente peu de largeur (Martin jeune, de Lyon, Godefroy, etc.). Négrier a prétendu que deux doigts introduits dans l'anus n'arrivent qu'à une hauteur insuffisante. Mais l'obstacle est vaincu dès que l'extrémité du grand axe de la matrice est au-dessus de la saillie sacrée. Or, en accordant au fond une épaisseur de 3 centimètres seulement, il suffit pour vaincre la difficulté que les doigts pénètrent jusqu'à 14 millimètres de la partie saillante de l'angle sacro-vertébral.

Or, avec deux ou trois doigts et surtout avec quatre doigts introduits jusqu'à la racine du pouce, soit dans le vagin, soit dans le rectum, on atteint sans peine la hauteur du promontoire lui-même.

2. Le procédé ancien, consistant à introduire un ou deux doigts dans le rectum, n'est pas toujours suffisant, cependant il a réussi entre les mains de praticiens sérieux, ainsi que le prouvent les cas suivants.

Obs. CXI. — *Rétroversion antérieure probable, grossesse parvenue à quatre mois; traitement de Denman pendant quatre jours; réduction, guérison; par* M. Gallard (1). — Cornut Elisabeth, 30 ans, maigre, bonne constitution, a eu un premier accouchement terminé par le forceps, et deux terminés naturellement. Les suites de couches ont chaque fois été normales. Mais, il y a neuf mois, elle a eu une fausse couche de trois mois et demi, déterminée probablement par une course longue et fatigante en omnibus : à la suite, métrorrhagie de trois semaines; la menstruation reprend alors sa régularité, mais est accompagnée de douleurs dans les lombes et l'hypogastre; la femme, depuis sa fausse couche, ressent toujours dans le bassin une pesanteur bien plus marquée quand elle se tient debout, qu'elle marche, qu'elle descend un escalier, pesanteur accompagnée de besoins d'expulsion; l'émission de l'urine est devenue difficile, et la constipation marquée.

Les règles arrivent encore vers la fin de janvier 1867, puis apparaissent les symptômes d'une nouvelle grossesse. Le 22 juin, vers 9 heures du matin, cette femme ressent des douleurs vives dans les lombes et le bas-ventre, et une difficulté extrême d'uriner; le soir seulement, après un bain prolongé, elle peut émettre une certaine quantité d'urine. Bientôt, frissons avec claquements de dents, syncopes, vomissements; la rétention d'urine fait des progrès; ce liquide ne coule plus que par regorgement, le ventre se développe, et la malade entre à Lariboisière le 3 juillet.

L'abdomen est distendu par une tumeur volumineuse; on dirait une grossesse de sept mois; mais la tumeur est manifestement fluctuante, et malgré les dénégations de la malade, que l'issue de l'urine par regorge-

(1) *Thèse* de M. Caillotet, p. 26.

mement trompait, on reconnaît qu'elle est formée par la vessie distendue. Le cathétérisme est difficile; on est forcé pour arriver dans la vessie, d'incliner fortement en avant et en haut le bec de la sonde, de manière que l'extrémité opposée touche presque le périnée; on retire ainsi deux litres d'urine, et la tumeur diminue d'autant.

Le col de l'utérus, difficilement atteint, est un peu entr'ouvert et appliqué en avant contre le pubis. En arrière, et occupant presque l'entrée du vagin, se trouve une tumeur volumineuse, lisse, assez souple, un peu rénittente, peu mobile, donnant nettement par le choc la sensation d'un corps qui y ballotte : c'est donc une rétroversion de l'utérus, vers quatre mois et demi de gestation.

Par le toucher rectal, on retrouve la même tumeur comprimant le rectum et déterminant la constipation. Grand lavement le soir, nouveau cathétérisme donnant issue à un demi-litre d'urine.

4 juillet : cathétérisme. Le col est plus difficile à atteindre, on sent quelques inégalités ressemblant à des parties fœtales. On fait rester la malade couchée sur le ventre; grand bain; lavement huileux qui ne produit aucun effet.

5 juillet : souffrances vives, la nuit, dans les reins et le bas-ventre. Besoins d'uriner constants.

7 juillet. La tumeur paraît un peu remontée. On se décide à réduire. Après avoir sondé de nouveau, on introduit deux doigts dans le rectum, et, après quelques tentatives infructueuses pour repousser la tumeur, on sent tout à coup qu'elle cède et se porte vers le pubis. La sensation a été bien nette pour la malade qui est aussitôt très-soulagée; on la porte dans son lit; décubitus abdominal; grand lavement.

Le 8. L'utérus est un peu renversé en arrière. On introduit dans le rectum une ampoule en caoutchouc, qu'on dilate au moyen d'eau et qu'on laisse pendant une heure et demie.

L'amélioration va graduellement en augmentant; le 14, la femme sent remuer son enfant, et le 18, elle quitte l'hôpital parfaitement rétablie.

La femme Cornut s'est accouchée heureusement à Lariboisière, le 16 novembre.

Obs. CXII. — *Rétroversion à cinq mois de grossesse ; adhérences ; réduction, guérison ; par* M. Hamon (1). — Une femme, enceinte de cinq mois, était atteinte d'une rétention d'urine occasionnée par une rétroversion de l'utérus gravide. M. Hamon la plaça la *tête en bas* et le *siége en haut* et opéra la réduction en introduisant deux doigts dans le rectum.

L'organe avait contracté déjà de solides adhérences, qui ne purent être rompues que par une pression énergique. Ces ruptures s'accompagnèrent d'un bruit assez intense pour être perçu par tous les assistants. Les suites de cette opération furent très-heureuses pour la mère et pour son fruit.

Mais il est souvent nécessaire d'introduire en plus grand nombre de

(1) *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, 1875, n° 14.

doigts et même la main entière, ainsi que le fit pour la première fois Dussaussois, chirurgien de Lyon, dans le cas suivant :

Obs. CXIII. — *Rétroversion brusque, non suivie d'accidents immédiats ; par* Dussaussois (1). — Constance Lechat, âgée de 38 ans, au troisième mois de sa cinquième grossesse fit, de sa hauteur, une chute sur les fesses et les lombes. C'était le 8 octobre 1785, à 10 heures du soir. Elle éprouva si peu de mal et d'émotion qu'elle se releva seule, et qu'elle aurait repris son travail sans quelque dommage arrivé à son métier. Elle se coucha sans avoir aucune inquiétude. Après un sommeil très-tranquille de quatre heures, elle se leva avec de violentes envies d'uriner qu'elle ne put satisfaire. Dans la journée, à la rétention d'urine se joignirent des douleurs dans le bassin; tout s'accroît pendant vingt-quatre heures; trente heures après l'accident, écoulement d'urine par regorgement : la malade se croit sur le point d'accoucher. Transportée à l'Hôtel-Dieu, Dussaussois la voit le 10, à sept heures du soir; le ventre est développé comme dans une grossesse à terme; la sonde ne pénètre guère qu'à trois pouces, et ne retire qu'un demi-litre d'urine; le ventre ne change pas.

On ne peut arriver au col utérin, mais assez de signes prouvent la rétroversion : paroi antérieure du vagin tendue, fort douloureuse; paroi postérieure relâchée, formant des plis, des rides; en haut, tumeur sphéroïde, rénittente, immobile, remplissant exactement l'excavation, sauf en avant où existe un vide capable d'admettre deux doigts. Le toucher rectal confirme ce diagnostic. Dussaussois introduisit la main entière dans le rectum et parvint à redresser la matrice.

Il me paraît que quatre doigts, introduits jusqu'à la racine du pouce, suffisent dans les cas les plus graves, et que ce dernier pourra toujours rester à l'extérieur.

Ces quatre doigts sont souvent introduits sans grande difficulté, ainsi que le prouvent les obs. 19, 44, 64, 95, 96 et également la suivante :

Obs. CXIV. — *Rétroversion complète à quatre mois de grossesse; tentatives infructueuses de réduction; succès du procédé de Dussaussois; par* M. Barth (2). — Pauline B..., âgée de 38 ans, journalière, taille peu élevée, bassin paraissant bien conformé, bonne santé, bien menstruée, mais atteinte de flueurs blanches parfois considérables, a eu deux enfants qu'elle a nourris fort tard. Au quatrième mois d'une nouvelle grossesse, elle fit un effort pour soulever un seau plein d'eau et ressentit une douleur aiguë à l'hypogastre. Huit jours après, elle ne put ni uriner ni aller à la selle; cet état se prolonge encore une semaine. La femme B... entre alors à l'Hôtel-Dieu de Paris, le 12 août 1864, dans le service de M. Barth.

La malade accuse des douleurs dans le bas-ventre, les lombes, la partie supérieure des cuisses. L'hypogastre présente une tumeur globuleuse faisant une forte saillie en avant, partout mate à la percussion, assez ferme,

(1) *Thèse* de Cailletet, p. 37.
(2) *Gaz. des hôpit.*, 1864, p. 449.

mais élastique, convexe à son bord supérieur, qui s'élève jusqu'à l'ombilic. Une sage-femme lui a dit qu'elle était enceinte de six à sept mois; la cessation des règles ne date cependant que de quatre mois. Quelle était cette tumeur? S'agissait-il d'une grossesse avec forme insolite de l'utérus? Mais on n'y constatait aucune partie solide, aucun mouvement spontané; on n'y entendait ni souffle, ni double battement.

Le cathétérisme lève une partie des doutes : à mesure que l'urine s'écoule, le ventre s'affaisse; mais alors, l'hypogastre est aplati, et le palper n'y fait pas découvrir la tumeur que forme la matrice à quatre mois de grossesse. Par le toucher, on ne trouve pas le col utérin, le cul-de-sac postérieur est effacé; immédiatement derrière la fourchette, on rencontre une tumeur dure, arrondie qui ne permet pas de pénétrer profondément; en dirigeant le doigt en avant, on ne trouve pas le col non plus, et l'on sent la tumeur précitée se continuer vers la région antérieure du petit bassin; ce n'est qu'en portant l'index et le médius très-profondément en haut et en avant, que l'on rencontre derrière la symphise une petite partie plus souple, séparée du corps de la tumeur par un sillon étroit, et l'on reconnaît à ce caractère la lèvre postérieure du col. Par le rectum, on retrouve la même tumeur remplissant toute la concavité sacrée.

A ces caractères, on reconnaît l'utérus distendu et en état de rétroversion complète. Ce déplacement ne pouvait se prolonger sans danger. Cependant l'utérus ne pouvait être redressé ni par le doigt porté dans le rectum, ni par l'index et le médius introduits dans le vagin. Après plusieurs jours de repos et quelques bains, les choses restant dans le même état, le 18 août, M. Barth procéda à la réduction : un demi-lavement d'huile pure avait été préalablement administré avant la visite; la malade fut placée à genoux sur son lit, le corps penché en avant, appuyée sur les coudes et la tête reposant sur le traversin. Mettant à profit la dilatabilité de l'intestin, M. Barth introduisit dans le rectum d'abord l'index, puis le médius, et, après une dilatation opérée par l'écartement de ces deux premiers doigts, il fit pénétrer aussi, successivement, le troisième et le quatrième doigts, et enfin la main entière (le pouce seul excepté). La main ainsi introduite (plus facilement qu'on ne pourrait le croire) permettait d'agir sur une large surface. Exerçant alors sur la face postérieure de la tumeur des pressions graduées, de bas en haut et d'arrière en avant, il sentit l'utérus céder peu à peu, et, après quelques efforts modérés, fuir en quelque sorte sous la pression. Les doigts, se mouvant aussitôt librement, purent distinguer nettement l'angle sacro-vertébral faisant une saillie prononcée.

La malade fut alors replacée sur le dos; dès le même jour, elle évacua librement les matières fécales, et, dès le lendemain, elle urina sans l'aide de la sonde. Toutes douleurs avaient disparu, et le 25 août, la femme quitta l'hôpital, parfaitement rétablie.

L'introduction de quatre doigts qui, dans quelques observations, est signalée comme ayant été peu douloureuse, peut être fort difficile et exces-

sivement pénible. On peut voir, en lisant l'observation 106, que M. Gosselin après avoir introduit deux doigts dans l'anus n'osa aller plus loin, craignant de léser le sphincter, et eut alors recours au procédé de Négrier.

Maygrier trouve le procédé de Dussaussois difficile, de même Baudeloque et Elleaume; Négrier le critique aussi fortement. Il a cependant donné de beaux succès et Parent en est tellement partisan qu'il propose même, le cas échéant, de sectionner les sphincters pour rendre l'introduction des doigts possible.

Le chloroforme est indiqué tant pour éviter les douleurs que pour faciliter l'opération.

Du reste, d'après M. le professeur Simon, de Heidelberg (1), il est remarquable combien à l'aide du chloroforme la dilatation de l'anus peut être exagérée; « chez l'adulte on peut introduire la main et une partie de l'avant-bras, à condition qu'il n'y ait pas de rétrécissement du bassin. »

3. Amussat, à la suite de ses recherches, était persuadé qu'on peut, par le rectum, porter le doigt jusqu'à près de l'angle sacro-vertébral, et atteindre même les grosses artères du fond du bassin, en poussant le coude avec l'autre main et même avec la hanche correspondante, de manière à déprimer plus fortement le périnée et la marge de l'anus.

C'est pourquoi il conseille de placer la femme comme pour l'opération de la taille, d'introduire un ou deux doigts dans le rectum et de repousser doucement le ballon utérin, en longeant la concavité du sacrum, directement en haut d'abord, puis de *droite à gauche* et de *gauche à droite*, pour relever toute la surface de l'utérus. Si l'on n'atteint pas assez haut, on introduit le pouce dans le vagin pour soulever le périnée; enfin, pour arriver plus haut encore, il reste la ressource de se faire pousser le coude par un aide, ou de le soutenir soi-même avec la hanche et le corps.

Le caractère distinctif du procédé d'Amussat est donc d'arriver très-haut avec un petit nombre de doigts, un ou deux, et cela en déprimant fortement le périnée et en portant le pouce dans le vagin. Ensuite Amussat introduit les doigts plutôt derrière la tumeur qu'en dessous, et la pousse en avant et en haut d'un côté puis de l'autre, pour éviter qu'elle se déprime contre le promontoire « comme une vessie ou un kyste rempli de liquide. »

De plus, cet auteur conseille à la femme de pousser, afin que par là le col utérin s'abaisse pendant que les doigts soulèvent le fond du viscère.

Amussat a employé trois fois son procédé avec succès (v. obs. 52 et 71); chez madame G. (obs. 52) il y avait des adhérences à gauche et la réduction

(1) *Uber die Künstliche Erweiterung des anus und rectum, in V. Langenbeck's Archiv. für chirurgie, XV.*

fut obtenue en remontant énergiquement l'utérus « tout en lui faisant faire un mouvement de torsion » de droite à gauche; les patientes étaient placées comme pour l'opération de la taille.

M. Palante, père, de Liége, a essayé une fois sans succès ce procédé (v. plus loin).

Je ne crois pas avantageux de faire pousser la femme pour abaisser le col; on perd ainsi le bénéfice de la position, qui fait descendre vers le diaphragme les viscères abdominaux, et si ces derniers viennent presser sur le col pour le faire descendre, ils pressent également sur la paroi antérieure, devenue supérieure, du corps et entravent l'action du chirurgien dans les efforts qu'il dirige sur le segment postérieur.

Par le vagin et le rectum. — C'était le procédé de Grégoire (1740) et il fut suivi par Hunter et par Wall.

Un ou deux doigts sont introduits, le dos vers la symphyse pubienne, dans le vagin et vont accrocher le col, pendant que les doigts de l'autre main (la droite, parce qu'elle doit agir avec plus de force) pénètrent dans le rectum, le dos tourné vers le sacrum; les deux mains alors agissent en sens contraire pour replacer l'utérus : le col est attiré en bas et en arrière, le fond est repoussé en haut et en avant. Pour se conformer à un précepte que nous avons rappelé plusieurs fois, on doit diriger le fond vers une articulation sacro-iliaque et le col vers la cavité cotyloïde opposée (Capuron, Parent, Barnes, etc.), ainsi que le montre la figure suivante :

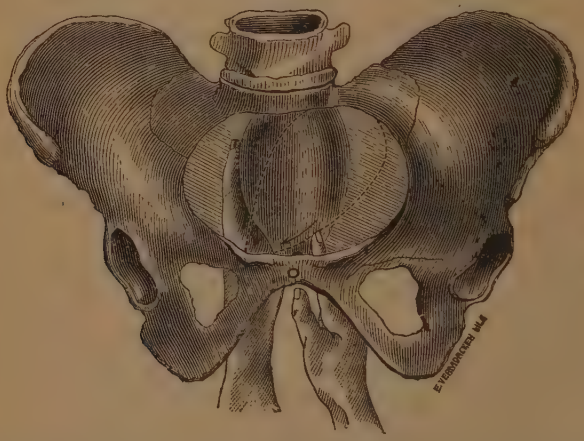


Fig. 19. — Réduction de l'utérus par le taxis bipolaire. L'arc indique la direction de la force employée par les doigts pour amener l'utérus dans une position oblique représentée par la ligne ponctuée (Barnes, *Leçons sur les opérations obstétricales*, p. 238).

Lallemand, Bellangé, Boivin et Dugès, conseillent d'introduire un cathéter plat dans l'urèthre et la vessie, afin de presser sur le col de l'utérus de haut en bas et d'avant en arrière.

Churchill propose de se servir d'une pince à crochet pour abaisser le col *avant* de relever le fond de l'utérus. Velpeau avait déjà parlé (*Gazette des hôpitaux*, 1845) d'introduire une sonde dans le col pour faire l'office de crochet et l'amener en arrière.

Le procédé de Grégoire a eu, on ne peut le contester, quelques succès. Il a échoué cependant entre les mains de Velpeau, Cazeaux, Moreau, etc. Martin, jeune (de Lyon) l'a employé une fois, mais « il ne lui a pas semblé plus avantageux que celui qu'il a décrit, qui est bien plus facile et moins désagréable pour la femme. » Voici ce cas :

Obs. CXV. — *Rétroversion subite à trois mois de grossesse ; réduction par le procédé de Grégoire ; guérison ; par* Martin *jeune, de Lyon* (1). — Une femme âgée de 30 ans, et grosse de trois mois, vint à l'hôpital réclamer des secours pour une rétention d'urine qui durait depuis plusieurs heures et qui était survenue tout à coup après une chute faite de sa hauteur. Comme on éprouva des difficultés à introduire la sonde, on porta le doigt dans le vagin : la matrice remplissait la partie supérieure de l'excavation du bassin; le col était derrière le pubis et le fond répondait au sacrum; la paroi antérieure du vagin, soulevée et tendue, paraissait avoir moins de longueur, la postérieure, déprimée, présentait des rides transversales. La sonde de femme ne put être introduite à cause de l'espèce de coude imprimé à l'urèthre par la distension de la vessie; mais la sonde d'homme pénétra aisément, en ayant eu soin d'abaisser un peu le col utérin.

La femme fut alors placée sur le dos, les cuisses fléchies sur le bassin, la tête inclinée sur la poitrine et le siége relevé par un coussin. Deux doigts introduits dans le rectum soulevèrent fortement le fond de la matrice, tandis que deux doigts de l'autre main, placés dans le vagin, abaissaient en même temps le col utérin. Ces efforts combinés réduisirent la rétroversion, qui ne se renouvela point, la malade ayant gardé le lit pendant plusieurs jours.

Baudeloque le croit difficile à exécuter et inutile dans la plupart des cas. Négrier et Amussat ne s'en montrent pas plus partisans.

Moreau l'a essayé plusieurs fois en vain et il est convaincu que l'introduction simultanée de deux doigts dans le vagin et le rectum est impraticable chez la plupart des femmes, qu'il faut que le périnée ait été rompu et encore n'a-t-on pas suffisamment d'espace.

Burns dit qu'on peut, en même temps qu'on relève le fond par le rectum, essayer d'abaisser le col au moyen d'un doigt introduit dans le vagin. Plus loin, il parle d'un procédé proposé par quelques auteurs, consistant à introduire une main dans le rectum et l'autre dans le vagin, et trouve cette opération très-sérieuse. Mais je ne sais vraiment où Burns a vu préconiser pareille méthode.

(1) *Mémoire*, obs. 5e.

Dugès et Boivin (1833) prétendent qu'on se gênerait beaucoup, si l'on voulait de l'autre main abaisser le col utérin pendant qu'on relève le fond. Cependant Mme Boivin, dans son *Mémorial de l'art des accouchements* (1817) n'indiquait que ce seul mode de réduction. L'autre opinion est donc probablement de Dugès, à moins que Mme Boivin n'eût depuis changé d'avis.

M. Priou (travail lu à l'Académie de médecine de Paris, 1853) pense que les auteurs qui ont décrit ce procédé n'en ont parlé que par ouï dire, et que les mains sont trop rapprochées pour pouvoir agir de concert.

M. Hubert, également, croit que d'ordinaire le procédé de Grégoire est impraticable, et M. Godefroy constate (obs. 55) qu'il ne put introduire l'indicateur gauche dans le vagin pour accrocher le col, pendant qu'il refoulait l'utérus au moyen de quatre doigts portés dans le rectum, parce que ces derniers remplissaient le détroit inférieur.

M. Depaul donne le conseil d'agir au moyen de deux doigts dans le rectum et deux dans le vagin, quand il s'agit d'une primipare ou d'une grossesse peu avancée (trois à trois mois et demi).

M. Martin (de Tonneins) ne croit guère à l'efficacité de ce procédé, cependant il l'a employé dans le cas suivant :

Obs. CXVI. — *Rétroversion subite; réduction au moyen du procédé mixte; succès, par* M. Martin (*de Tonneins*) (1). — Une femme enceinte fut affectée de rétroversion en faisant un effort violent, pour mettre une corbeille de linge sur sa tête. M. Martin (de Tonneins) ne constata qu'un déplacement simple, sans accidents, ni complications. La malade fut chloroformée dans le décubitus latéral droit, les cuisses fléchies, la vessie et l'intestin débarrassés, l'anneau vulvaire et le vagin frictionnés avec la pommade belladonée. Le col était dirigé en haut et en avant, le fond formait une saillie assez considérable et refoulait l'intestin en arrière; il n'y avait pas d'enclavement. Avec l'indicateur gauche le col fut attiré en bas pendant que la main droite tout entière (?) introduite dans le rectum, poussait graduellement la matrice en avant. La malade accoucha à terme heureusement.

Le procédé de Grégoire a encore été employé avec succès dans les cas suivants :

Obs. CXVII. — *Rétroversion lente, complétée par une cause subite; réduction, guérison; par* Gougis (2). — Un femme de 33 ans, constitution faible, mère de plusieurs enfants, enceinte de deux mois environ, ressentait, depuis quelques semaines, des douleurs dans les lombes et les aînes, une légère pesanteur au périnée avec quelque difficulté dans la miction et les garde-robes. Ces symptômes augmentent graduellement d'intensité, et,

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1857, p. 575.
(2) *Thèse*, obs. 2e.

quand elle se décide à consulter, il y avait déjà plusieurs jours qu'elle n'avait rendu ni urines, ni matières fécales. La sonde retire une pinte et demie d'urine. Le 9 septembre, le cathétérisme est très-difficile; on le pratique cependant et on donne issue à une grande quantité d'urine; la constipation est devenue très-opiniâtre; les douleurs des lombes, des aînes, la pesanteur au périnée ont augmenté considérablement. Le 10, elle reçoit dans le ventre un coup de pied qui la renverse, et aussitôt les accidents deviennent d'une intensité insupportable. Le toucher constate alors une rétroversion des plus complètes; après différentes tentatives, on parvient enfin à réduire en employant le procédé de Grégoire. La malade accoucha sept mois après, elle était donc enceinte de deux mois.

Obs. CXVIII. —*Rétroversion à trois mois de grossesse; insuccès du procédé d'Amussat; réduction par le procédé de Grégoire; guérison, par M. le docteur* Palante (1). — Mme J..., 29 ans, bien portante, a eu deux accouchement naturels et à terme. Elle affirme avoir éprouvé au troisième mois de sa première grossesse, à peu près les mêmes accidents que ceux rappelés plus bas et en avoir été débarrassée par le cathétérisme et une saignée. Elle a le promontoire saillant et l'arcade pubienne peu évasée. Arrivée à la fin du troisième mois d'une nouvelle grossesse, après avoir été tourmentée pendant plusieurs jours par un sentiment de gêne dans le bassin, par de la difficulté d'uriner et par des alternatives de constipation et de diarrhée, elle éprouva *tout à coup* dans la matinée du 7 janvier 1845 et sans avoir fait d'effort, de la pesanteur dans le fondement, du ténesme vésical avec impossibilité d'uriner, des douleurs dans le bassin et surtout à l'hypogastre. Elle fut sondée par une sage-femme. Mais l'impossibilité pour uriner et pour aller à la selle continua et M. Palante fut appelé le même jour. Il trouva la malade en proie à une vive agitation, changeant de place à chaque instant, sans pouvoir rester debout, ni assise; douleurs vives au bas-ventre, chaleur à la peau, vibrance du pouls.

L'abdomen est distendu par une tumeur globuleuse, assez rénittente, s'étendant du pubis au-dessus du nombril, mate à la percussion. L'indicateur rencontre à un demi-pouce de la vulve une tumeur arrondie, assez dure, tendue, élastique, du volume d'une grosse orange, coiffée par la cloison recto-vaginale qui est déprimée. Le vagin, rétréci par cette tumeur, se continue en avant et en haut; mais là non plus le doigt ne peut atteindre le col utérin.

La rétroversion est soupçonnée; la sonde est introduite dans la vessie assez difficilement et en la portant en haut et en avant, un litre d'urine s'écoule et la tumeur hypogastrique se réduit.

Alors, par l'exploration simultanée vaginale et anale, le doigt introduit dans le rectum parvient à refouler la tumeur vers la concavité sacrée, ce qui permet à l'indicateur de l'autre main d'atteindre le col utérin en haut et en arrière des pubis.

Aucun doute n'existant sur le déplacement, M. Palante prescrit d'abord

(1) *Annales de la Société méd.-chir. de Liége*, 1846, p. 134.

un bain tiède d'une heure pour abattre l'éréthisme causé par la souffrance, puis il entreprend la réduction. La malade est placée dans la position obstétricale. L'opérateur essaie d'abord au moyen d'un, puis de deux doigts, introduits dans le rectum de relever le fond utérin, selon la méthode d'Amussat, mais ses efforts n'aboutissent pas, le fond est pressé contre le promontoire et le col reste retenu par le bord supérieur du pubis. La femme est alors placée sur les genoux et les coudes : les doigts peuvent plonger profondément dans le vagin, atteindre le col et l'entraîner vers le centre de l'excavation; le fond n'est plus comprimé par la saillie sacrée et est facilement relevé.

Un lavement huileux est administré. Deux jours après, malgré les recommandations de M. Palante, la femme se levait et vaquait aux soins de son ménage. Il n'y eut cependant pas de récidive et l'accouchement eut lieu heureusement six mois après.

Peut-être ferait-on bien, comme le conseille Churchill, d'abaisser le col si possible, *avant* de relever le fond, afin de dégager d'abord une des extrémités du grand axe utérin, et après avoir, bien entendu, vidé la vessie pour ne pas en tirailler le bas-fond. On produirait ainsi une rétroflexion, qui, ainsi que le fait remarquer Burns, est plus aisément réduite qu'une rétroversion. Si le col se trouvait au-dessus du pubis, on pourrait se servir d'une indication de M. Vignard : maintenir par l'hypogastre cette extrémité utérine au-dessus du plan du détroit supérieur, pendant qu'on relève l'autre, puis seulement alors abaisser la première. Mais toutes ces indications, il faut bien l'avouer, sont théoriques et l'expérience ne les a pas sanctionnées.

Je terminerai ce paragraphe en signalant une observation que M. Saboia rapporte à Ramsbotham et dans laquelle ce dernier « dans un cas difficile, en même temps qu'avec la main introduite dans le vagin il cherchait à réduire l'utérus, avec une grosse sonde passée dans le rectum il remplissait cet intestin d'eau et cherchait par ce moyen à reporter l'organe à sa position normale. » Je ne sais où cette observation a été relatée, et la méthode ne me paraît pas bien heureuse.

3° *Procédés instrumentaux.*

Posons en principe que la main est toujours préférable et qu'un instrument, si parfait qu'il soit, ne peut jamais lui être comparé. Les doigts, en effet, instruments sentants et intelligents, peuvent apprécier à chaque instant les résultats obtenus, se rendre compte de l'état des parties, d'adhérences, de tumeurs, qui peuvent exister plus ou moins haut; ils peuvent mieux conduire la matrice, mesurer les efforts nécessaires, changer leur direction, faire passer une partie avant l'autre, etc.

Un instrument, au contraire, est toujours aveugle et plus ou moins brutal. On ne doit s'en servir dans la rétroversion de l'utérus gravide, qu'en cas d'absolue nécessité, quand les autres procédés on échoué; ce qui sera donc fort rare.

Selon Burns même, « la proposition d'employer un levier est non-seulement remplie de danger, mais absolument inutile. »

Différents instruments ont été imaginés pour remplacer les doigts, ou agir plus haut et avec plus de force. Ils sont portés ordinairement dans le rectum, quelques-uns dans le vagin.

Inutile de faire remarquer que les précautions préliminaires devront être les mêmes que pour les procédés manuels et que la position devra être surtout favorable, puisqu'il s'agit d'un cas difficile.

L'instrument qui a eu le plus de vogue est celui qu'employait Evrat, et dont la première idée doit, paraît-il, être rapportée à Vogel (1791). Il consiste simplement en une baguette longue de huit à dix pouces, garnie à son extrémité d'un tampon de linge enduit d'un corps-gras; on l'introduit dans le rectum pour refouler le fond de l'utérus de bas en haut, tandis que deux doigts placés dans le vagin accrochent le col et le portent en bas et en arrière. Ce procédé fut employé avec succès, dès la première année de ce siècle, par Evrat dans un cas difficile, dont voici la relation succincte :

Obs. CXIX. — *Rétroversion au cinquième mois de la grossesse, réduction, guérison; par* Evrat (1). — Une femme enceinte de cinq mois environ et affectée de rétroversion, éprouvait quelques-uns des accidents graves que nous avons dit survenir en pareille occasion. Les essais de réduction faits par plusieurs médecins, entr'autres par Coutouly, avaient été infructueux. M. Evrat, en présence de ses confrères, fit coucher la femme sur le côté gauche, introduisit dans le rectum une baguette garnie d'un tampon de linge enduit de cérat, puis, portant deux doigts dans le vagin, il saisit le col de l'utérus, et faisant manœuvrer les doigts et la baguette en sens inverse, il rétablit, non sans peine, l'utérus dans sa position normale. Malgré les efforts longs et soutenus auxquels il fallut se livrer pour redresser l'utérus, cette femme continua sa grossesse et accoucha à terme de deux jumeaux bien portants.

Moreau trouve le procédé d'Evrat simple et déclare que c'est celui de tous qui lui a le mieux réussi. Il emploie également la position sur le côté, mais il a fait fabriquer, dit-il, une baguette terminée à l'une de ses extrémités par une petite sphère; cette baguette, plus petite et plus mince que celle d'un tambour, sert à recevoir et à fixer un tampon fait de coton cardé, recouvert d'un morceau de peau de gant, qu'il est facile

(1) Moreau, *Traité d'accouchement*, p. 225.

de changer chaque fois qu'on s'en est servi. Voici une observation de cet auteur :

Obs. CXX. — *Rétroversion à trois mois de grossesse; réduction par le procédé d'Evrat; succès; par* Moreau (1). — Une dame enceinte de trois mois à trois mois et demi, était atteinte de rétroversion utérine, Moreau se servit d'une baguette de bois introduite dans le rectum pour repousser le fond de l'utérus en haut et en avant, tandis que deux doigts introduits dans le vagin attiraient le col en bas et en arrière. La réduction fut opérée sans trop de difficulté, et elle se maintint si bien que cette dame s'accoucha à terme de deux enfants.

MM. Pajot et Tarnier ont employé, il y a quelques années, le même procédé dans les circonstances suivantes :

Obs. CXXI. — *Rétroversion; diagnostic difficile; réduction par le procédé d'Evrat; guérison; par* MM. Pajot *et* Tarnier (2). — Mme G..., domestique, âgée de 32 ans, a eu un enfant à terme et une fausse couche ; enceinte de trois mois environ, elle fit un effort pour soulever un fardeau et ressentit dès lors des douleurs abdominales et de la dysurie.

Elle entra à l'hôpital des Cliniques, le 10 février 1862, un mois après son accident.

Cette femme est robuste, de belle taille et a le bassin bien conformé. Son ventre est tendu et douloureux. On constate que le vagin est très-court, que le col est en avant, appliqué contre la symphyse, peu mobile, et qu'il existe en arrière une tumeur pâteuse.

Par le rectum, on sent partout des masses considérables.

On sonde la malade, non sans quelque difficulté et les douleurs disparaissent.

M. Pajot se demande s'il y a rétroversion avec grossesse, ou rétroversion avec tumeur à la paroi postérieure de l'utérus, car il y a bien absence des règles depuis quatre mois, auréole mammaire assez prononcée et bruit de souffle passager, mais la sensation par le rectum d'une tumeur irrégulière et pâteuse commande la réserve.

Quoi qu'il en soit, il s'agit de réduire, et le 15 février, après avoir vidé la vessie et le rectum, M. Pajot fait placer la femme sur le dos, les cuisses écartées, demi-fléchies et maintenues par des aides.

Tenant en main une baguette longue de 20 à 30 centimètres et renflée à son extrémité d'un tampon graissé, l'opérateur essaie de l'introduire dans le rectum par cette extrémité renflée; mais les contractions violentes des sphincters de l'anus, et la douleur accusée par la malade, l'obligent à user du chloroforme, merveilleuse ressource qui permet d'introduire l'instrument avec facilité.

L'index de la main gauche est placé dans le vagin pour servir de guide à ce même instrument.

(1) Académie de méd. de Paris, 30 août 1853.

(2) *Thèse* de Cottigny, p. 31.

Pendant ce temps M. Tarnier avait la main appliquée sur le ventre de la malade, et du moment où l'utérus sortit de l'excavation, il sentit une sorte de détente.

L'opération faite, on prescrivit à la malade de rester couchée sur le ventre toute la journée; le soir, elle se mit sur le côté. Cathétérisme toutes les quatre heures.

La femme ne commença à se lever et à uriner seule qu'une huitaine de jours après, et ce fut le 28 seulement qu'on entendit les doubles battements du cœur fœtal et que la grossesse fut ainsi confirmée.

La femme quitta le service le 6 mars.

Cazeaux recommande également le procédé d'Evrat, quand la réduction n'a pu être obtenue au moyen des doigts introduits dans le vagin. M. Depaul a émis la même opinion. M. Chapplain s'en est servi en 1855 à l'Hôtel-Dieu de Marseille, pour suppléer au défaut de longueur de ses doigts (v. obs. 63).

Dès 1796, Richter s'était servi d'un instrument pour réduire un utérus rétroversé qui avait résisté à tous les procédés manuels (v. obs. 54). C'était une tige de fer, courbée pour s'adapter à la direction de l'axe du bassin, terminée d'un côté par un manche et de l'autre par un cône tronqué de liége rendu concave en haut pour s'appliquer sur le segment inférieur (postérieur) de l'utérus. Cet instrument fut conduit sur le doigt le long de la matrice en haut, dans une direction telle que le sommet de liége semblait devoir atteindre l'ombilic. La femme avait été placée sur les genoux et les coudes.

Morel, chirurgien de Lyon, dans des circonstances semblables se servit d'un levier qu'on trouvera décrit dans l'observation suivante :

Obs. CXXII. — *Rétroversion d'un utérus engorgé; réduction au moyen d'un levier; par* Morel, *de Lyon* (1). — Mme V..., avait eu trois enfants, et, à la suite du dernier, une descente de matrice pour laquelle elle portait un pessaire. Au bout de quelques mois, la malade se plaignit de fortes douleurs; on enleva le pessaire et l'on reconnut que la matrice engorgée était en rétroversion. La réduction manuelle tentée par le vagin et le rectum fut impossible. On employa alors un levier : on fit tourner une tige de bois de Saint-Luce, de neuf à dix pouces de longueur, un peu moins grosse que le petit doigt, terminée d'un côté par un manche épais, et de l'autre par une flèche aplatie de huit lignes de largeur, et présentant une pointe très-mousse. La malade étant placée sur les genoux et sur les mains, on introduisit avec peine cette espèce de spatule dans le rectum; l'obstacle qu'opposait la matrice déviée ayant été franchi, on exerça sur cet organe un mouvement de pression qui le restitua à l'instant même dans sa position normale.

(1) *Mémoire* de Martin, jeune, de Lyon, obs. 15e.

Le lit fut gardé pendant quarante jours. Deux ans après, la malade devint enceinte et eut des couches très-heureuses.

Le cas suivant doit être rapproché du précédent :

Obs. CXXIII. — *Rétroversion d'un utérus engorgé; réduction au moyen d'un levier; par* Martin, *jeune* (1). — Mlle B..., au moment de ses règles, éprouva de vives douleurs dans le bas-ventre, des envies d'uriner qu'elle ne put satisfaire, des nausées, etc. Le toucher constata que l'utérus dur, douloureux, engorgé, se trouvait en état de rétroflexion complète. Les tentatives de réduction manuelle étant infructueuses, Martin se servit d'un levier semblable à celui qui est décrit dans l'observation précédente, et releva en partie le fond de la matrice, qui en se dégorgeant reprit peu à peu sa position naturelle. Cette opération, qui mit fin à la rétention des urines et des selles, fut pratiquée quinze jours après l'accident et cinq jours après la cessation des règles.

MM. Priou (de Nantes) et Martin (de Tonneins) se sont servis d'un gorgeret bien matelassé, conduit dans le rectum. Voici leurs observations :

Obs. CXXIV. — *Rétroversion à trois mois et demi de grossesse; essais infructueux de réduction manuelle; emploi heureux du gorgeret matelassé, par M. le docteur* Priou, *de Nantes* (2). — Une dame, grosse de trois mois et demi environ, était affectée de rétroversion de l'utérus avec constipation et rétention d'urine. M. Priou essaya d'abord d'abaisser le col, placé derrière la symphyse pubienne, avec les doigts indicateur et medius de la main droite. N'ayant pu y parvenir, il fit placer la malade sur les coudes et les genoux; l'index et le médius introduits dans le rectum purent, par quelques mouvements soulever un peu le fond de l'utérus; mais la rétention d'urine persistait, et l'utérus continuait à occuper l'excavation pelvienne. Voyant qu'il était indispensable, pour faire cesser les accidents, de repousser le fond de l'utérus, et les doigts ne lui paraissant pas assez longs pour remplir ce but, l'opérateur se servit d'un gorgeret ordinaire, garni de linge à sa plus grosse extrémité et bien huilé. La malade fut mise dans la position indiquée plus haut, et M. Priou introduisit l'instrument dans l'anus, à l'effet de repousser de bas en haut et d'arrière en avant, le fond utérin abaissé; d'un autre côté, deux doigts, introduits dans le vagin, tâchèrent d'attirer le col de haut en bas et d'avant en arrière. Une assez grande force fut nécessaire pour ébranler l'utérus enclavé. La manœuvre ne lui rendit pas cependant une position tout à fait droite, mais du moins lui permit de se développer.

La malade, en effet, put quitter le lit au bout de huit jours, entièrement guérie et sa grossesse continua à marcher heureusement jusqu'à terme.

(1) *Loc. cit.*, obs. 16e.

(2) *Observation sur la rétroversion de l'utérus;* travail lu à l'Académie de médecine de Paris, le 30 août 1853.

Obs. CXXV. — *Rétroversion à quatre mois et demi de grossesse; réduction au moyen d'un gorgeret; succès; par M. le docteur* Martin, *de Tonneins* (1). — Il y a quelques mois, je fus appelé auprès d'une dame de 28 ans, enceinte de quatre mois et demi, par une accoucheuse qui croyait à une grossesse pénible. Je remarquai que les urines s'échappaient involontairement, et, en palpant l'abdomen, je vis que cette tumeur, circonscrite, il est vrai, était trop molle, trop peu résistante, pour un utérus; je pratiquai le toucher, et je sentis en effet, le col dirigé en avant et comprimant celui de la vessie, que je sondai aussitôt. Il s'en échappa cinq litres de liquide..... J'essayai vainement d'abaisser le col placé derrière la symphyse, pendant que l'index et le médius, introduits dans le rectum, cherchaient à pousser en avant le fond de l'utérus qui occupait l'excavation, sur laquelle il était en quelque sorte moulé. Je n'obtins que des résultats absolument négatifs. La vessie et le rectum ayant été débarrassés, la malade fut mise dans un bain pendant deux heures. L'état général ne permettait pas la saignée... Je fis placer la femme sur les coudes et les genoux, et avec les doigts de la main gauche enduits de pommade belladonée, je saisis le col que j'attirai en bas et en arrière, pendant que ma main droite, armée d'un gorgeret ordinaire (ainsi que le conseille M. Evrat) (?) garni de linge et bien huilé à son extrémité la plus forte, le poussait lentement dans le rectum. Après quelques efforts, j'obtins la réduction. La malade resta quelques jours dans le décubitus latéral; l'émission des urines devint normale, comme la défécation, et la grossesse poursuivit parfaitement sa marche.

Ant. Petit inventa également une espèce de spatule-levier pour repousser la matrice par le rectum.

M. Bleynie (de Limoges), se servit plus simplement, en 1854, du levier obstétrical, garni d'ouate et introduit dans le vagin derrière la tumeur.

Si l'on avait recours à l'un de ces instruments, il faudrait que la main d'un aide fût placée sur l'abdomen de la patiente pour constater les progrès de l'utérus, ou que l'opérateur lui-même utilisât dans le même but une main, qui pourrait aussi agir extérieurement pour abaisser le segment inférieur de l'organe.

Tout ce que j'ai dit plus haut, relativement à la direction à donner aux manœuvres, à l'anesthésie, etc. me dispense d'entrer ici dans plus de détails.

D'autres instruments ont encore été employés pour obtenir la réduction de l'utérus gravide rétroversé. Ils consistent en pelotes ou vessies, introduites vides dans le rectum ou le vagin, puis gonflées ensuite au moyen d'air ou d'eau, de façon à remplir le petit bassin et à forcer conséquemment le fond utérin à se relever.

Ces procédés ingénieux ont, sur tous les autres, l'avantage d'agir sur une surface beaucoup plus grande de la tumeur, et d'exposer moins aux lésions

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1875, p. 375.

consécutives. Non-seulement ils pourront être essayés, quand les procédés manuels auront échoué, mais je me demande même s'ils ne pourraient pas, dans certains cas, remplacer avantageusement la main, surtout quand celle-ci devrait se livrer à de trop grands efforts.

Jusqu'à présent la pratique ne permet pas de répondre à cette question.

Comme le fait remarquer M. Barnes, la vessie manque de point d'appui en bas, car le périnée ne peut en fournir de solide. L'extensibilité du plancher pelvien laisse la vessie se développer en bas, et celle-ci peut même s'échapper. La vessie enfin repousse la matrice directement en haut, contre le promontoire, de sorte qu'une partie de la force est perdue.

Peut-être ce moyen réussirait-il mieux quand la matrice est développée sans qu'il y ait gestation. On pourrait alors sans crainte laisser la pelote assez longtemps, la gonfler insensiblement, et attendre que l'organe remonte peu à peu.

Un moyen semblable avait déjà été proposé par Vermandois et par Desault, et employé par Desgranges. Mais le docteur Ch. Halpin, de Cavan (Irlande) a appelé, en 1840, l'attention spéciale sur ce procédé en publiant un fait où il lui a réussi, quand tous les autres avaient échoué. M. Halpin se servit d'une vessie de mouton préalablement trempée dans l'eau chaude, puis introduite dans le vagin, entre le fond de l'utérus et le rectum. Cette vessie, fortement maintenue en place, fut distendue au moyen d'une pompe à air bien adaptée. Au bout de cinq minutes et sans beaucoup de douleur, la malade sentit quelque chose remonter : l'opérateur s'arrêta et laissa même échapper un peu d'air; puis, en touchant, il constata la réduction complète de l'organe.

Playfair, dit M. Barnes, rapporte un cas dans lequel la pression d'un liquide renfermé dans une poche, placée dans le vagin, et laissée en place vingt-quatre heures, réduisit l'utérus. Mais M. Barnes lui-même essaya une fois ce procédé sans succès.

M. Bond (*Gaz. méd.*, 1849, p. 927), a employé un appareil consistant en deux cuillers, l'une anale, l'autre vaginale, venant s'ajuster à l'extérieur sur une plaque à mortaise. Je ne crois pas utile de donner une description complète de cet instrument, qui paraît-il, a donné plusieurs succès à son inventeur, parce qu'il me semble trop compliqué et ne pas convenir pendant la grossesse.

M. Alexis Favrot, en 1851, a proposé un *réducteur à air*, formé d'une bouteille en caoutchouc, préalablement trempée dans une eau mucilagineuse, puis introduite dans le rectum. La femme est couchée sur le ventre. Un mandrin, placé dans le réducteur, sert à lui donner la fermeté nécessaire pour être introduit, et est retiré quand ce dernier est arrivé à la tumeur. On adapte alors une pelote, remplie d'air, qu'on exprime avec la main, en

appréciant par le toucher vaginal le résultat obtenu. Quand la réduction est opérée, on ferme le robinet inférieur et l'on retire l'insufflateur. La malade doit rester couchée sur le ventre et éviter tout effort. L'air est retiré graduellement, de crainte d'une récidive.

Churchill a employé une fois avec succès ce procédé; la matrice a remonté sans douleur et l'instrument a été laissé en place vingt-quatre heures sans accident.

C'est en définitive la double pelote (pessaire et insufflateur) proposée également par Gariel; la seule différence est que ce dernier fait pénétrer la pelote-pessaire dans le vagin.

M. Favrot a rapporté (*Gaz. méd.*, 1852, p. 438), un cas de rétroversion de l'utérus considérablement engorgé dans lequel existaient des adhérences qui maintenaient l'organe dans sa position vicieuse. Après différentes tentatives de réduction, il appliqua son instrument, sans résultat d'abord. M. Maisonneuve, appelé en consultation, conseilla de persévérer; à la fin du quatrième jour, les adhérences s'étaient suffisamment allongées pour permettre à la matrice de reprendre sa position. On a pu voir dans l'obs. LI que M. Bernutz a employé avec succès la méthode de M. Favrot.

Dans le cas suivant, M. Hamon s'est servi d'un procédé à peu près semblable :

Obs. CXXVI. — *Rétroflexion à trois mois de grossesse; réduction au moyen d'un pessaire à air; avortement, par* M. Hamon (1). — Le 29 juin 1875, on vint chercher M. Hamon pour Mme F..., en proie, depuis la veille, à des douleurs intenses; la vessie était fort distendue et le cathétérisme, pratiqué d'abord avec la sonde courte, puis avec une sonde en gomme, donna issue à 3 1/2 litres, puis à 6 litres d'urine.

Le col de l'utérus béant et très-allongé était dirigé un peu en avant. Le corps de l'utérus, en rétroflexion, occupait, par rapport au col, une position déclive, dans la partie inférieure et postérieure de l'excavation.

M. Hamon pensa d'abord à opérer la réduction manuelle, mais, pour éviter les douleurs, il se décida à essayer d'un moyen plus doux. Le lendemain matin, après un quatrième cathétérisme, il posa un simple pessaire à air en caoutchouc et à anneau. A partir de ce moment les fonctions de l'urination se rétablirent et le jour suivant l'auteur put s'assurer que la réduction était obtenue.

Il avait recommandé à Mme F... de retirer son pessaire à la première douleur et de l'appeler aussitôt. Or, le 5 juillet, à cinq heures du matin, il fut mandé pour pratiquer l'avortement. Malgré les douleurs, très-peu intenses d'ailleurs, éveillées par le pessaire, Mme F... avait cru bon de le garder, par

(1) *Revue de thérapeutique méd.-chir.*, 1875, n° 14.

cette raison que le col de l'utérus se présentait à la vulve, aussitôt que l'agent de contention était retiré.

Dans le cas suivant, j'ai pu aussi constater les bons effets de la poire de Gariel.

Obs. CXXVII. — *Rétroversion à deux mois et demi de grossesse; hémorrhagie, emploi du ballon à air, réduction; avortement* (1). — Mme L..., rue Sainte-Catherine, est de taille moyenne, assez grosse; elle est lymphatique, âgée de 35 ans, et a eu quatre enfants à terme. Après son second enfant, elle a éprouvé différents malaises utérins et a consulté un médecin, qui a trouvé des ulcérations au col et la *matrice inclinée*.

Elle sent parfaitement quand l'organe change de place et descend; elle se trouve alors très-gênée.

Je vois Mme L..., pour la première fois, le 25 juillet 1877; elle a eu ses dernières règles le 2 mai et n'a éprouvé aucun malaise de grossesse; elle se croit d'autant moins enceinte, dit-elle, que *depuis quinze jours* elle a ses règles (?) et éprouve quelques légères douleurs lombaires et hypogastriques. C'est pour avoir mon avis sur cette longueur anormale de l'écoulement sanguin, qu'on m'a fait appeler.

Mme L... s'occupe, comme d'habitude, dans son commerce et mange bien; les urines sont rendues normalement; la constipation habituelle persiste. L'état général ne laisse rien soupçonner; la vessie ne contient pas d'urine; par le toucher, je constate que le col, gros, mou, entr'ouvert, est dirigé en avant et placé en haut, au-dessus de la symphyse pubienne; il est très-difficile à atteindre et sa lèvre antérieure, devenue supérieure, est évidemment inaccessible. Le corps utérin, gros comme une orange, ferme, fait suite au col et occupe le haut de l'excavation; tout l'organe est donc placé de champ, horizontalement, sous le détroit supérieur; il est peu sensible et mobile.

Comme la perte est arrêtée et qu'il n'y a pas d'enclavement, je prescris le repos au lit, des lavements, le chloral et la morphine.

Le 30, la perte reprend assez fort et j'applique une poire de Gariel de volume moyen.

En retirant ce tampon, je constate que la matrice a repris sa position normale. Mais, le lendemain, la malade m'avertit que le déplacement s'est reproduit, et je constate l'exactitude de son assertion.

La perte s'étant renouvelée et l'état du col indiquant une fausse couche inévitable, je joins, à la poire de Gariel, l'administration de l'extrait d'ergot à l'intérieur.

Le 4, un embryon de 9 centimètres est expulsé; la matrice est redressée.

Le 5, Mme L... est levée et travaille! Je l'avertis des conséquences possibles de son imprudence, car l'arrière-faix n'est pas sorti.

Le 10, perte abondante, tamponnement.

Le lendemain, extraction artificielle de l'arrière-faix, au moyen des doigts et de la pince à polype.

(1) 5e observation personnelle inédite.

Les jours suivants ne présentent plus rien à noter. Mme L..., d'abord assez anémique, reprend des forces et de l'embonpoint; elle ne souffre plus guère de son déplacement.

Dans ce cas, la fausse couche ne peut être attribuée au tamponnement; cependant je crois qu'il est prudent de ne laisser la poire en place que le temps nécessaire.

La crainte de provoquer des contractions abortives, est, du reste, le seul reproche qu'on puisse adresser à cette méthode. Elle a l'avantage de produire une action lente, graduée, qu'on est maître d'augmenter insensiblement, qui permet aux adhérences de céder peu à peu. Dans ces dernières circonstances, la réduction rapide pourrait rompre les brides et occasionner des accidents graves.

M. le docteur Berrut a introduit le ballon à air dans le rectum et la grossesse n'a pas été interrompue (1). M. le docteur Godson a agi de la même façon et a obtenu un succès identique (2).

Cette méthode mérite donc d'attirer sérieusement l'attention; elle est simple, facile, efficace; n'exige pas d'aide, de position spéciale, d'habileté opératoire; elle pourra souvent remplacer les procédés manuels.

4° *Diminution du volume de l'utérus.*

Dans le traitement symptomatique, nous avons déjà examiné les différents moyens à employer tout d'abord, pour obtenir un dégorgement des parois utérines enflammées.

Mais il s'agit ici d'un procédé plus sévère, qu'emploie quelquefois la nature elle-même, pour permettre le redressement de l'utérus incarcéré dans le petit bassin. Nous avons vu, en effet, que l'avortement était une conséquence assez fréquente de la rétroversion. Dans les cas graves, où toutes les tentatives de réduction ont échoué, que peut-on faire?

Doit-on attendre, sans rien essayer, la mort de la femme et, par suite, celle de l'enfant? Doit-on espérer que la nature fera un prodige pour échapper à l'issue fatale? Doit-on compter qu'elle se débarrassera seule du produit de la conception?

En attendant, l'état général empire; bientôt des lésions locales, incompatibles avec la vie peut-être, vont se produire. N'est-on pas autorisé, quelque pénible que soit cette position, à tenter un suprême effort qui, en sacrifiant le produit de la conception, donne au moins à la mère beaucoup de chance de guérison?

Je crois, avec la plupart des auteurs, cette conduite non-seulement excu-

(1) *Revue de thérapeutique méd.-chir.*, 1877, p. 376.
(2) *Gazette obstétricale de Paris*, 1877, p. 139.

sable, mais formellement indiquée. « Qu'est-ce que la perte d'un embryon à peine formé, s'écrie Capuron, comparée à la mort de la mère, qui arriverait infailliblement si la matrice était irréductible? » Aux grands maux, les grands remèdes, disait Hippocrate (sect. I, aph. 6).

Lors donc que tous les procédés de réduction auront échoué, et dans les circonstances graves que nous avons déjà examinées, il faudra songer à provoquer la sortie de l'œuf pour diminuer le volume de l'utérus.

Une transaction serait de diminuer l'organe en le faisant contracter, soit par le seigle ergoté, soit par le sulfate de quinine, soit par le galvanisme (v. obs. de Wittich, 58), puis, la réduction obtenue, de calmer les contractions par la saignée (?), le laudanum, le chloral, etc.

La déplétion devant toujours être rapide, le procédé pour provoquer la fausse couche devra toujours être expéditif; dans le cas suivant on se servit cependant d'une méthode habituellement assez lente.

Obs. CXXVIII. — *Rétroversion irréductible; avortement provoqué par l'éponge préparée; par* Viranus, *d'Amsterdam* (1). — Une femme enceinte de quatre mois avait une rétention d'urine produite par la compression de la vessie par le col utérin; le fond de l'utérus faisait saillie vers le sacrum. Le diagnostic de la rétroversion était palpable, et les accidents déterminés par le développement de la grossesse avaient pris un caractère alarmant. Après avoir tenté divers moyens, le chirurgien, en désespoir de cause, se décida à provoquer l'avortement au moyen de l'éponge introduite dans le col. Deux jours après, l'expulsion du produit eut lieu, et, dès lors, les symptômes prirent un aspect favorable.

Mais le plus souvent on aura recours à la ponction des membranes, comme dans le cas suivant où elle fut du reste accidentelle, quoique bien indiquée.

Obs. CXXIX. — *Rétroversion de l'utérus gravide; tumeur utérine hypogastrique; perforation accidentelle des membranes; par* P. Dubois (2). — En 1840, M. le docteur Legendre appela en consultation P. Dubois pour examiner une femme enceinte de quelques mois, qui était atteinte de rétention d'urine et que l'on ne parvenait pas à sonder. Les douleurs éprouvées par la malade étaient continues et intolérables; par le toucher, on constata que le bassin était presque complétement rempli par une tumeur fluctuante présentant en quelques points des parties solides : c'était l'utérus, dont le fond était fortement porté en arrière, tandis que le col, situé en avant, tout à fait derrière le pubis, était très-difficile à atteindre. A travers les parois abdominales, on sentait, au-dessus du pubis, une autre tumeur, que l'on aurait pu prendre pour la vessie; mais, en examinant

(1) Observation rapportée par le professeur Roux, à l'Académie de médecine de Paris, le 18 octobre 1835.

(2) Elleaume, p. 102.

avec attention, on reconnaissait qu'elle était constituée par une partie de l'utérus qui dépassait la ceinture pelvienne. Il fallait donc admettre que l'utérus était pour ainsi dire divisé en deux parties par la saillie sacrée, l'une extra-pelvienne faisant saillie derrière la paroi abdominale antérieure, l'autre, intra-pelvienne, facile à reconnaître par le vagin. Cette circonstance extraordinaire permettait le doute, et l'on pouvait penser à la rigueur que la tumeur intra-pelvienne était indépendante de l'utérus. Après quelques tentatives de réduction, M. Dubois, forcé de s'absenter, fut remplacé par M. Velpeau, qui fut d'avis de la continuer. Après bien des efforts infructueux, il parvient à accrocher le col utérin et à introduire dans son orifice une sonde à l'aide de laquelle il s'efforça de le ramener en arrière, tandis que la main introduite dans le vagin, essayait de refouler en haut la tumeur intra-pelvienne. Pendant cette laborieuse manœuvre, on perfora accidentellement les membranes. La déplétion partielle de l'utérus permit d'obtenir la réduction. Tous les accidents cessèrent, l'avortement eu lieu peu après et la malade se rétablit promptement.

Malheureusement, surtout dans ces cas graves, le col est souvent inaccessible et il peut être tout à fait impossible d'y faire pénétrer quoi que ce soit. On sera alors obligé d'en arriver à la ponction même de l'utérus, proposée par Lynn et Hunter.

M. Depaul admet qu'exceptionnellement on puisse provoquer l'avortement, mais repousse absolument la ponction utérine. Que faire cependant si l'on décide que ces symptômes sont assez graves pour sacrifier l'enfant et qu'on ne puisse agir sur le col? M. Depaul rejette également, avec raison et d'accord avec la plupart des auteurs, la symphyséotomie et l'opération césarienne. Que reste-t-il donc?

Depuis Lynn et Hunter, tous ceux qui ont écrit sur la rétroversion de l'utérus gravide ont été d'avis, dans le cas supposé, de tenter un suprême effort : la très-grande majorité s'est prononcée pour la ponction de l'utérus, les autres, en fort petit nombre, ont cru préférable de recommander la section du pubis et de l'abdomen, pour essayer de sauver aussi l'enfant (v. plus loin).

Déjà Capuron, Murat, etc., avaient cherché à prouver qu'on peut, sans grand danger, ponctionner la matrice, et rapportèrent deux exemples, l'un de Noël des Marais, l'autre du docteur Champion, où l'on avait, sans entraîner la mort de la mère, ponctionné accidentellement l'utérus gravide (par l'abdomen); depuis ce temps, plusieurs opérations semblables ont été faites dans des rétroversions irréductibles accompagnées d'accidents graves et pressants : sur huit cas cités plus loin, six ont été couronnés de succès.

De plus, cinq observations ont été publiées en 1872 par Rabl-Ruckhard

et Lehmus (1) dans lesquelles la perforation des parois utérines par l'hystéromètre n'a été suivie d'aucun accident sérieux. Sur dix-sept cas réunis par M. Dupuy, pas un seul n'a entraîné de conséquence grave (2).

Quoique ces derniers faits se rapportent à l'état de vacuité, je pense que, dans l'état de grossesse et dans les *circonstances exceptionnelles* que je viens de déterminer, on peut et l'on doit même avoir recours à ce moyen extrême, avec chance de sauver la mère, évidemment après avoir tout fait pour arriver dans l'utérus par l'ouverture du col. Au surplus, comme l'écrit Baudelocque, que pourrait-on faire de mieux dans des conditions aussi déplorables?

Différents instruments ont été proposés pour faire cette ponction. Hunter préconisait un petit trocart. Blundell ne veut pas qu'on fasse usage d'un gros trocart ni d'une grosse canule, de peur d'ouvrir trop de vaisseaux; il recommande un très-petit trocart semblable à ceux employés pour l'acupuncture, en se servant même d'une seringue pour aspirer le liquide.

Flamant avait proposé de faire une incision avec un hystérotôme de son invention, et Malgaigne parle d'un bistouri étroit garni de linge jusqu'à quelque distance de sa pointe, etc. Mais ces modifications au procédé sont sans valeur.

MM. Jourel et Craninx employèrent un trocart à hydrocèle; MM. Delaharpe et Viricel, le trocart courbe de Fleurant.

Selon M. Barnes l'emploi du trocart aspirateur diminue le danger de la ponction.

Les eaux de l'amnios sont à cette époque peu considérables, mais peuvent avoir augmenté dans la rétroversion, à cause du stimulus causé par l'enclavement. En tous cas, le fœtus lui-même ne tarde pas à être expulsé, et, dès lors, le volume du viscère est réduit notablement.

La ponction par le rectum est recommandée par Malgaigne, Moreau, Barnes, etc. Elle a été pratiquée avec succès par Viricel, Baynham et Bell. Voici ces observations très-importantes.

Obs. CXXX. — *Rétroversion irréductible; ponction de la matrice par le rectum; guérison, par* Viricel, *de Lyon* (3). — Philiberte Corlin, âgée de 28 ans, d'une haute stature et ayant peu d'embonpoint, entra à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 29 juin 1810. Mariée depuis dix-huit mois et non réglée depuis quatre ans et demi, elle venait réclamer les secours de la médecine, qu'on lui avait infructueusement administrés dans l'hôpital de Tournus, pour les accidents graves dont nous allons tracer le tableau.

(1) *Uber durchborung der geboermutter durch die soude* (*Beitræge zur Geburtschulfe und Gynækologie*, t. II, fasc. 1, 1872).

(2) *De la perforation des parois utérines par l'hystéromètre* (*Progrès médical*, nos 10, 12, 15, 17; 1873.

(3) Martin, jeune; *loc. cit.*, obs. 13e.

La région hypogastrique offrait une tuméfaction considérable et une sensibilité que le moindre contact rendait insupportable ; l'urine s'écoulait avec douleur et en petite quantité. On observait une saillie très-remarquable au périnée, ainsi qu'au pourtour de l'anus, dont l'ouverture était dilatée et béante, effet des efforts impuissants auxquels la malade se livrait pour aller à la selle. Agitation générale déterminée par l'irritation du bas-ventre, et assez semblable à celle qu'on observe chez les personnes affectées de rétention d'urine. Comme cette femme se croyait enceinte et avait même senti les mouvements de son enfant, Viricel pratiqua le toucher : il trouva le vagin rempli par deux tumeurs, l'une correspondant à la paroi antérieure, l'autre à la paroi postérieure de ce conduit. Il résolut de vider la vessie, qui formait sans doute une de ces tumeurs qu'il avait trouvée fluctuante; la sonde d'homme fut nécessaire, car celle de femme était trop courte et n'avait pas une courbure suffisante pour s'accommoder à la déviation et à l'allongement du col de la vessie produits par le déplacement de la matrice. Malgré l'évacuation de l'urine, toutes les recherches de Viricel pour s'assurer de la position du col de l'utérus dont il avait reconnu la rétroversion, furent inutiles ; et l'état de fatigue de la malade l'engagea à remettre au lendemain l'emploi des moyens à diriger contre le déplacement.

En vain, il eut recours à l'introduction des doigts et même de la main dans la vulve et le rectum, ses efforts gradués n'eurent pas le moindre succès ; la tumeur, fortement enclavée, resta complétement immobile.

Les accidents devenant de plus en plus graves, Viricel ne vit plus de ressource que dans la ponction de la matrice. L'exploration par le vagin ne lui ayant point fait reconnaître de fluctuation dans la tumeur, tandis qu'il la distinguait manifestement du côté du rectum, dont l'ouverture était d'un accès facile, il se décida à perforer la matrice par cette voie, avec le trocart courbe de Fleurant, porté à cinq ou six lignes de profondeur de l'intestin, dans le point le plus fluctuant. Il s'écoula par la canule une certaine quantité de sérosité limpide et inodore, ce qui diminua le volume de la tumeur du vagin et la saillie qu'elle formait au périnée. Après cette opération, qui modéra les souffrances de la malade, le doigt, introduit dans le rectum, reconnut, dans la tumeur affaissée, la présence d'un fœtus. Trois jours après la ponction, des tranchées utérines se firent sentir, et la matrice expulsa bientôt un fœtus d'environ quatre mois et demi. Après cet avortement, l'orifice utérin resta béant au centre du vagin. On n'eut à combattre aucun accident ; les lochies coulèrent convenablement, la fièvre laiteuse eut une marche régulière. La malade n'éprouva d'autre incommodité qu'une incontinence d'urine, qu'aucun remède ne put détruire et qui persistait encore le soixante-huitième jour après la sortie du fœtus, époque où cette femme quitta l'hôpital.

Il est à remarquer que les contractions qui ont opéré l'avortement, ont également restitué la matrice à sa position normale ; car l'opérateur, après la ponction, ne fit aucune tentative de réduction.

Obs. CXXXI. — *Rétroversion irréductible ; ponction de la matrice par le rectum ; guérison ; par* Baynham (1). — Hannah Martin, âgée de 30 ans, d'une habitude grêle, fut admise au dispensaire général de Birmingham, le 28 mars 1828; elle était alors au sixième mois de sa seconde grossesse. Six semaines avant son entrée à l'hôpital, en soulevant un fardeau très-pesant, elle éprouva tout à coup une vive douleur dans le bas-ventre; elle y fit peu d'attention pour le moment. Deux jours après, survint une rétention d'urine avec des douleurs continuelles; le mois suivant, suintement perpétuel d'urine et tuméfaction considérable du ventre. Un chirurgien retira avec la sonde d'abord quatre litres d'urine et à peu près autant sept heures après; il ne toucha pas et se borna à sonder soir et matin pendant les quinze jours suivants.

A son entrée à l'hôpital, la malade avait gardé le lit pendant trois semaines; elle avait : fièvre violente, pouls petit à 136 et peu distinct, vomissements fréquents, ténesmes vésical et rectal, tension et grande sensibilité de l'abdomen. Baynham parvint à sonder, mais avec de grandes difficultés provenant d'un prolapsus d'une grande partie du vagin et d'un état de gonflement du clitoris et des petites lèvres; l'urine qui s'écoula ressemblait au contenu d'un abcès par congestion, mais était beaucoup plus fétide. Le bassin était entièrement rempli par une tumeur qui repoussait l'anus en bas et avait même donné lieu à un prolapsus de l'intestin. L'orifice utérin était beaucoup au delà de la portée du doigt, et le fond de l'organe se trouvait à moins d'un pouce de l'anus, circonstance qui rendait extrêmement difficile l'introduction du doigt dans le rectum.

Pour opérer la réduction, la main entière fut introduite graduellement dans le vagin; elle découvrit le col directement en haut au-dessus du pubis, mais ne parvint pas à réduire. Deux confrères furent alors appelés en consultation. L'épuisement et l'agitation avaient augmenté; l'état de faiblesse du pouls faisant croire que la femme n'avait plus que peu de temps à vivre, Baynham proposa de ponctionner la matrice. Après avoir de nouveau sondé, il fit placer la malade sur les coudes et les genoux et essaya encore en vain de réduire d'abord par le vagin puis par le rectum. Un confrère échoua également et tenta, sans pouvoir y parvenir, de déchirer les membranes par le col. Alors, Baynham, ayant choisi le point de la tumeur qui faisait le plus de saillie dans le rectum, y plongea le trocart. Aucun liquide ne s'écoula; l'instrument retiré et replongé presque à la même place donna issue à douze onces environ d'un liquide incolore, non par un jet continu, mais par intervalle; la canule se trouvant bouchée de temps en temps par le corps de l'enfant, on fut obligé de lui faire exécuter divers mouvements. Le volume de l'utérus étant ainsi notablement diminué, on réussit, au bout d'un quart d'heure, à le repousser au-dessus du promontoire; le col fut trouvé dilaté en partie et les membranes faisant saillie. Potion opiacée. Nuit meilleure que toutes les précédentes. Le lendemain, 29, au soir, vingt-cinq heures après l'opération, l'avortement

(1) *Archives générales de médecine*, 1830.

s'effectua sans accident. L'œuf était entier, et les membranes intactes contenaient encore dix onces de liquide amniotique non sanguinolent; le fœtus, nullement décomposé, paraissait avoir six mois. Le trocart avait percé le placenta près du cordon et pénétré une fois dans l'abdomen du fœtus, laissant une ouverture à travers laquelle la presque totalité des intestins grêles étaient sortis. Chose remarquable, malgré la double perforation du placenta, une cuillerée de sang à peine s'était écoulée.

On n'eut plus recours qu'une seule fois à la sonde, qui retira une pinte d'urine aussi fétide que précédemment, puis survint une incontinence d'urine qui persista pendant près de cinq semaines; la malade continua à ressentir de temps en temps, dans le bassin, des douleurs assez vives; un écoulement muqueux très-abondant par la vulve et le suintement de l'urine entretinrent un état d'irritation et d'excoriation des parties génitales externes; ce ne fut qu'au bout d'un mois que l'urine perdit son odeur désagréable.

Des masses considérables de lymphes coagulées furent souvent expulsées par le vagin, et à différentes fois il sortit quatre morceaux de membranes organisées qu'on prit d'abord pour des parties de la vessie, mais que plus tard on reconnut avoir appartenu au vagin.

Vers la fin d'avril, la malade put retenir un peu ses urines, et quinze jours après, l'incontinence avait cessé.

Le rectum fut plus longtemps à recouvrer ses fonctions que le vagin; il devint le siége d'un écoulement purulent accompagné d'un ténesme fréquent et très-douloureux qui se prolongea même après que la malade fut en bon état sous tous les autres rapports. Il est probable qu'un abcès s'était formé dans le tissu cellulaire qui sépare le rectum du vagin, car le liquide évacué par l'anus était différent de celui qu'avait fourni la membrane muqueuse de l'intestin et en beaucoup plus grande quantité. Six semaines après l'opération, Hannah Martin était guérie; un mois plus tard, les règles reparurent, et depuis, sa santé a été parfaite.

Obs. CXXXII. — *Évacuation par l'aspirateur du liquide amniotique dans un cas de rétroversion; par le docteur* Bell, *de Newcastle* (1). — Le docteur Bell fut appelé auprès d'une dame enceinte de cinq mois, arrivée à un degré d'émaciation considérable; elle avait éprouvé depuis la septième semaine de sa grossesse, des douleurs très-vives dans le ventre. L'urine, contenant du pus, était ammoniacale. Il reconnut par un examen attentif, qu'il existait une tumeur fluctuante, douloureuse, absolument impossible à réduire, et qui n'était autre que l'utérus en rétrocession. Le docteur Bell pratiqua, par le rectum, une ponction aspiratrice dans cette tumeur, dans le but d'évacuer le liquide amniotique.

La malade éprouva un grand soulagement à la suite de cette opération.

Le fœtus fut expulsé au bout de trente-six heures, et il ne se produisit aucun accident.

(1) *Annales de gynécologie*, de mars 1875.

La ponction par le vagin est conseillée par Hunter, Lynn, Désormeaux, Velpeau, P. Dubois, Cazeaux, Blundell. Elle a été faite avec succès par Jourel; mais nous avons déjà vu que cette rétroversion est contestable (v. obs. 81). MM. Craninx et Delaharpe ont opéré par cette voie, mais les femmes sont mortes.

Obs. CXXXIII. — *Rétroversion irréductible; ponction de la matrice par le vagin; mort; autopsie; par M. le professeur* Craninx, *de Louvain* (1). — Marie Catherine Holling, de Villebrüegen, âgée de 33 ans, servante, d'une stature assez élevée, d'une constitution forte, n'avait jamais eu de maladie. La menstruation, qui s'était établie à 14 ans, se continua d'une manière périodique, régulière et facile. Deux accouchements se firent par les seules forces de la nature.

Lorsque cette femme entra à l'hôpital de Louvain, le 20 novembre 1834, ses règles avaient cessé de paraître depuis trois mois, circonstance qui, jointe aux nausées, lui fit croire qu'elle était enceinte.

Vers le commencement d'octobre (six semaines environ après la suppression des règles), elle éprouva de la gêne pour uriner et pour aller à la selle; le 15, pendant qu'elle vaquait à ses occupations, il lui survint tout à coup, et par suite de l'impression du froid (dit-elle) une douleur dans la région hypogastrique, plus vive que celle de l'enfantement, accompagnée d'un ballonnement considérable du ventre. Forcée de se mettre au lit, elle souffrit cruellement toute la nuit.

Le lendemain, le ballonnement avait en grande partie disparu, les souffrances avaient diminué. Elle consulta un pharmacien qui lui administra des purgatifs et des tisanes diurétiques. Des évacuations alvines et urinaires s'ensuivirent, mais les difficultés pour uriner et pour aller à la selle persistèrent. Les symptômes s'étant aggravés, le 19 novembre, la malade entra à l'hôpital. Elle était dans l'état suivant : décubitus sur le dos, flexion des jambes sur les cuisses, des cuisses sur le bassin; face pâle, décomposée, grippée; paupières supérieures pendantes, yeux enfoncés dans les orbites, ailes du nez se dilatant à chaque inspiration, lèvres pâles, sèches; dents fuligineuses; paroles faibles, entrecoupées, amaigrissement général, peau sèche et chaude; douleur vive, continue, s'exaspérant par la moindre pression dans toute l'étendue de l'abdomen, se propageant de l'hypogastre au périnée, aux lombes, aux aînes et jusque vers la partie supérieure et interne des cuisses; hoquet, vomissements fréquents d'un liquide vert foncé, grumelé; langue rouge à la pointe et aux bords, couverte d'une couche jaunâtre à son centre; sensation d'amertume dans la bouche; prompt vomissement de tout ce qui est ingéré; pouls faible et accéléré; respiration gênée, fréquente, costale; intégrité des facultés intellectuelles; rétention complète d'urine; le cathétérisme fournit un liquide trouble, mêlé de sang, très-fétide et déposant une grande quantité de matière purulente; l'urètre est placé dans une direction presque verticale derrière le pubis.

(1) Morcau. *Loc. cit.*, p. 230.

Pour confirmer le diagnostic d'une affection que les symptômes énumérés permettaient déjà assez de soupçonner, M. Craninx eut recours au toucher. Par le vagin, il trouva le museau de tanche au niveau du bord supérieur du corps des pubis; ses lèvres étaient molles, assez épaisses et laissaient entre elles une petite ouverture arrondie qui permettait d'y introduire l'extrémité du doigt. Il rencontra, en haut du vagin, un segment de sphère formé par la matrice; celle-ci offrait le volume d'une tête d'enfant à terme. Par le rectum, le doigt rencontrait le même corps, qui pesait sur l'intestin et le déprimait de manière à l'oblitérer en quelque sorte; la tumeur occupait une grande partie de l'excavation du bassin. Tous ces symptômes réunis autorisèrent à croire qu'il y avait : 1° grossesse de trois à quatre mois; 2° rétroversion de la matrice, cystite et péritonite consécutives.

M. Craninx essaya en vain de réduire par le vagin, par le rectum et au moyen d'une sonde introduite dans le col; la matrice restait fixée entre le pubis et le sacrum. On prescrivit des cataplasmes, des lavements, une potion calmante et quelques sangsues sur les points les plus douloureux de l'abdomen. On sonda la malade. Le lendemain, les tentatives de réduction échouèrent encore; dès lors, les professeurs Band et Lanthier étant du même avis, M. Craninx décida de ponctionner la matrice. Il conduisit sur l'indicateur gauche un trocart à hydrocèle et l'enfonça à travers la paroi postérieure du vagin et de la matrice. Une pinte de liquide amniotique s'écoula et le volume de la matrice fut considérablement réduit. La malade n'avait éprouvé aucune douleur; ainsi que l'opérateur, elle concevait quelque espoir. La face s'étant ranimée et le pouls relevé, on renouvela immédiatement après la tentative de redressement. La matrice, réduite au tiers du volume qu'elle avait avant la ponction, se laissa déplacer un peu : on put amener le museau de tanche au niveau de l'arcade pubienne et relever légèrement le fond du viscère. Quelques boissons adoucissantes et nourrissantes furent accordées à la femme. Dans l'après-dîner de la même journée, le pouls redevint petit, le hoquet et des vomissements reparurent et devinrent de plus en plus fréquents dans la soirée; les extrémités se refroidirent, et la mort arriva vers le milieu de la nuit.

Nécropsie. A l'ouverture de l'abdomen, on trouva les traces d'une péritonite générale : épanchement, fausses membranes, adhérences. La vessie était percée d'une ouverture gangréneuse et avait contracté des adhérences avec l'épiploon. La matrice, placée presque parallélement au détroit supérieur, était plongée dans l'excavation, et offrait le volume du poing; sa face antérieure était dirigée vers la cavité abdominale.

La symphise ayant été divisée et écartée des pubis, on trouva le col au niveau de la partie supérieure de l'arcade pubienne; les membranes étaient engagées dans l'ouverture du col, qui offrait la largeur d'une pièce de deux francs. La matrice contenait un fœtus de trois à quatre mois, en position O A G, le fond du viscère était adhérent au rectum, qui, par anomalie, occupait le côté droit du bassin. Le diamètre sacro-pubien était de quatre pouces quatre lignes; la courbure du sacrum était un peu plus prononcée que dans l'état ordinaire.

Obs. CXXXIV. — *Rétroversion irréductible; ponction de la matrice par le vagin; mort; par* M. Delaharpe (1). — Une servante de 27 ans, ayant déjà eu un enfant, fit un effort musculaire violent en soulevant un fardeau, étant grosse de deux mois et demi, et en ressentit aussitôt une violente douleur. Trois médecins consultés paraissent n'y avoir vu qu'une grossesse de huit à neuf mois. Elle entra à l'hôpital de Lausanne le 28 février 1855, souffrant de douleurs vives et continues du ventre depuis sept à huit jours; beaucoup de fièvre et d'angoisse; urine s'échappant goutte à goutte involontairement. Ventre conique et non arrondi au dessus de l'ombilic, très-tendu et fort sensible, immédiatement au-dessus du pubis; impossible de vider complétement la vessie avec aucune sonde. Les touchers vaginal et anal font immédiatement reconnaître une rétroversion complète de l'utérus, dont le museau de tanche situé plus haut que la symphise pubienne, était inaccessible. Les efforts de réduction les plus variés, pratiqués soit par l'auteur, soit par le docteur Pellis, et divers médicaments abortifs n'ayant pas eu d'effet, non plus que la douche utérine, vu l'impossibilité de pratiquer la ponction des membranes par l'orifice du col, l'auteur eut recours, le 26 mars, à la ponction de l'utérus par le vagin, au moyen d'un trocart recourbé en demi-cercle, ce qui donna issue à environ un demi-litre de liquide limpide. Néanmoins la péritonite enleva la malade le 28 mars. Sans vouloir reproduire tous les détails de l'autopsie, nous dirons que la vessie était divisée en deux moitiés inégales par la compression exercée par le col utérin et que ses parois étaient sur le point de se rompre, soit en haut, soit dans le bas-fond; la matrice était aussi renversée que possible, ayant décrit sur elle-même à peu près un demi-cercle en tournant sur les ligaments ronds.

Dans le cas suivant, on n'indique pas par quelle voie la ponction a été pratiquée.

Obs. CXXXV. — *Rétroversion irréductible; ponction de l'utérus au moyen d'un trocart capillaire; guérison par le docteur* Rochester, *de Buffalo* (2). — Le docteur Rochester fut appelé pour un cas de rétroversion qui était survenue entre le quatrième et le cinquième mois de la grossesse. La rétroversion était si complète qu'il était impossible d'atteindre le col utérin. Après avoir vainement essayé de replacer l'organe, le docteur Rochester fit, sur l'avis d'un confrère, une ponction sur le fond de l'utérus renversé avec un trocart capillaire. Ce traitement donna les résultats les plus heureux et, trois jours après, le fœtus fut expulsé sans que la mère eut éprouvé le moindre accident.

Deux mois plus tard le redressement de l'utérus fut obtenu à l'aide de la sonde de Simpson et maintenu en place au moyen d'un pessaire. La guérison est aujourd'hui complète, mais la malade est restée stérile.

(1) *Echo médical suisse*, 1857.

(2) Congrès international de Philadelphie, 1876.

Dans ces cas l'urine avait été évacuée, on ne peut donc, comme Sabatier, vouloir remplacer la ponction de l'utérus par celle de la vessie.

Ces six ponctions utérines sont les seules que je puisse citer avec détails. Moreau avait eu connaissance, disait-il, de plusieurs opérations de ce genre et qui avaient été suivies de mort. M. Barnes rapporte que Head, au London Hospital, ponctionna l'utérus (probablement par le rectum) et que la femme se remit après une grave maladie.

Schatz a relaté un cas dans lequel il ponctionna avec succès l'utérus par le vagin et la vessie par l'abdomen (v. fig. 16, page 122).

Le manuel opératoire est simple et le trocart doit être conduit sur l'indicateur et enfoncé dans la partie la plus saillante (Craninx, Baynham) ou la plus fluctuante (Viricel), au risque de traverser le placenta, comme Baynham, qui fut obligé de plonger deux fois l'instrument.

Il n'est plus permis aujourd'hui de se servir d'un autre instrument que du trocart capillaire, en y ajoutant l'aspiration. S'il n'était pas possible d'aboutir par ce moyen, il faudrait bien prendre un trocart plus volumineux; dans ce cas si la canule est encore obstruée par des caillots, on pourrait la déboucher au moyen d'un stylet.

Après l'évacuation des eaux de l'amnios, la réduction peut être tentée de nouveau; d'ailleurs la matrice se contracte fortement et ne tarde pas à expulser son contenu. Elle peut en même temps reprendre spontanément sa position, comme le prouve l'observation de Viricel. Mais il convient d'y aider, de peur que des adhérences ne s'établissent, surtout vers l'endroit ponctionné.

5° *Agrandissement des diamètres du bassin.*

La symphyséotomie, proposée par Purcel, Baumgarnter, Jahn, a été conseillée et fortement recommandée par Gardien, dans les cas indiqués au chapitre précédent et au lieu de l'avortement provoqué, « la mère et l'enfant étant destinés à périr si l'on n'a pas recours à un moyen extrême qui facilite la réduction, dit-il (p. 197), ne pourrait-on pas substituer avec avantage au procédé conseillé par Lynn et Hunter, la section du pubis qui sauverait l'enfant, en exposant peut-être la mère moins que ne le ferait la ponction de la matrice à travers la paroi postérieure du vagin? L'avantage pour l'enfant est évident, et quant à la femme, comme il ne faudrait qu'un écartement modéré, elle ne me paraît exposée à aucun des accidents graves que l'opération a pu occasionner dans les cas où l'on a eu besoin d'un écartement considérable pour faire cesser la disproportion. L'agrandissement seul du diamètre transversal peut contribuer à faciliter la réduction de la matrice, en lui offrant sur l'un des côtés du bassin assez d'espace pour remonter au-dessus du détroit supérieur, quoique le diamètre qui

s'étend des pubis au sacrum ne soit pas allongé d'une manière notable. Il suffit que les points de contact cessent dans l'excavation, ce que produit le plus léger écartement, pour que l'on puisse ensuite la redresser, *en la dirigeant sur l'un des côtés ;* on fait par ce déplacement que la matrice ne présente plus entre le pubis et le sacrum qu'un de ses bords, qui a beaucoup moins d'épaisseur que son centre. »

Ces idées de Gardien, au premier abord entraînantes, n'ont été admises depuis par aucun auteur ; inutile d'ajouter qu'elles n'ont jamais été appliquées, sinon par Wall et Hunter sur le cadavre (obs. 5). Elles ont du reste été combattues avec succès, peu de temps après leur apparition, par Capuron, Murat, Désormeaux et P. Dubois, etc.

La symphyséotomie, en effet, est une opération grave qui compromet fortement la vie de la mère et sa santé dans la suite ; on est bien loin aujourd'hui de l'enthousiasme qu'elle excita après le succès de Sigault et Leroy chez la femme Souchot (Faculté de médecine de Paris, 1777, séances des 3 et 6 décembre).

Peut-on espérer qu'après une opération aussi grave, l'avortement n'en serait pas une conséquence inévitable? D'autant plus qu'on ne pourrait y avoir recours que dans des conditions défavorables pour la mère et l'enfant. Ainsi il est à présumer qu'au lieu de sauver les deux êtres on les perdrait l'un et l'autre. C'est donc avec raison que tous les chirurgiens ont proscrit la section pubienne dans la rétroversion de l'utérus gravide.

6° *Gastrotomie.*

Callisen *(Système de chirurgie*, Hambourg, 1822), a proposé la section abdominale pour aller saisir directement l'organe et le relever avec la main. Ce procédé ne me paraît ni rationnel, ni pratique et, pas plus que les auteurs qui le citent, je ne crois devoir m'y arrêter.

J'ai cependant été surpris de voir l'illustre Stolz déclarer que la symphyséotomie ne lui paraît pas rationnelle et que la gastrotomie rencontrera moins de répugnance, puisqu'on y a recours si souvent pour l'extirpation d'ovaires malades ou de tumeurs fibreuses.

D. Traitement consécutif.

On reconnaît facilement que la matrice est replacée en constatant le relief qu'elle fait à l'hypogastre, la disparition de la tumeur qui remplissait l'excavation, la position normale du col, et sa continuité en haut avec le corps, dont la saillie est aussi prononcée en avant qu'en arrière, ou à peu près : le criterium est l'absence du fond utérin en dessous du promontoire.

Il peut arriver que le fond ait dépassé le promontoire et que le col courbé en avant continue à comprimer l'urètre; dans ces cas exceptionnels, s'il faut trop d'effort pour le remettre en place, on se contentera d'insister plus que de coutume sur les soins ordinaires.

Si la maladie n'a pas duré longtemps et n'a pas amené de lésion importante, tous les symptômes disparaissent après la réduction et la grossesse continue heureusement son cours.

Mais il est indispensable de prendre certaines précautions. Si la matrice n'est pas encore très-développée, si la réduction a été facile, la récidive est à craindre, et on l'a vu survenir différentes fois (v. obs. 15, 38, 41, 57, 83, 93, 102 et surtout 31 et 32).

Il peut être d'autant plus nécessaire d'insister que la femme se croit complétement guérie, que la matrice irritée de nouveau est plus disposée à entrer en contractions, que la réduction devient plus difficile.

La femme doit donc garder le lit et se placer sur le côté, le plus possible en pronation et en suivant les indications déjà données dans le traitement prophylactique (v. p. 199).

D'autres chirurgiens font demeurer la femme dans le décubitus dorsal, en ayant soin d'élever le siège. Quelques-uns la placent sur le ventre ou sur les genoux et les coudes pendant plusieurs heures, ou lui conseillent de prendre une de ces positions deux ou trois fois par jour pendant quelques minutes. Ce dernier procédé devra être adopté quand il y aura des craintes sérieuses de récidives (v. l'observation remarquable de M. Hubert n° 32). Il est fort difficile de tenir la femme longtemps dans une position aussi fatigante et on peut voir en lisant l'observation d'Amussat les souffrances qu'elle avait occasionnées, après vingt-quatre heures.

Pour les premières vingt-quatre heures, il faut pratiquer le cathétérisme trois ou quatre fois, pour que la femme ne fasse aucun effort; puis l'engager à uriner souvent dans la journée et une ou deux fois la nuit, pour éviter toute distension de la vessie. La sonde à demeure est proscrite avec raison par M. Depaul, à cause de l'état des organes.

Les fatigues et surtout les efforts doivent être défendus et le ventre tenu bien libre.

Quelques auteurs recommandent d'opposer à la récidive un moyen mécanique. Désormeaux, Capuron, Baudelocque, Gardien, Murat, Maygrier, Simpson, etc. croient l'application d'un pessaire indispensable et Baudelocque, Vandorpe, Desgranges, Garin l'ont employé sans accident (v. obs. 9, 10, 30, 69).

Elleaume, Salmon, préfèrent un ballon Gariel introduit dans le rectum. On pourrait, à la rigueur, adopter ce procédé quand l'utérus est peu développé, mobile, la malade indocile, et les symptômes inflammatoires nuls

ou dissipés. Mais il faudra s'en abstenir le plus possible parce que la présence de ce corps étranger, dont l'utilité semble contestable avec la position indiquée, peut n'être pas sans beaucoup de danger pour la continuation régulière d'une grossesse déjà troublée.

M. Barnes et la plupart des anglais ont beaucoup de confiance dans le pessaire de Hodge : ils l'emploient non-seulement à l'état de vacuité et au commencement de la grossesse, quand l'utérus est rétroversé ou rétrofléchi, mais de plus ils ne manquent pas de l'appliquer après la réduction d'un utérus gravide. M. Cullingworth a publié dans *The Obstetrical Journal*, de mars 1876, deux observations de rétroversion survenue l'une à trois mois, l'autre à quatre mois de grossesse; après avoir remis la matrice en place, il l'a maintenue par un pessaire de Hodge : dans le premier cas, il y a eu avortement, mais dans le second, la grossesse a suivi son cours.

La femme devra garder le repos pendant plusieurs jours, puis se lever avec prudence et s'interdire tout effort, toute fatigue jusqu'au moment où l'utérus aura acquis un volume suffisant pour n'avoir plus rien à craindre, c'est-à-dire jusqu'à quatre mois et demi au moins et jusqu'à la fin du cinquième mois, d'après Moreau.

La rétention et l'incontinence d'urine peuvent se reproduire parce que les parois vésicales, longtemps distendues, ont perdu leur contractibilité, ou par suite de l'inflammation du col : outre le cathétérisme, il faudra alors combattre la cause nouvelle soit par les émollients, soit par les frictions excitantes et les vésicatoires sur l'hypogastre, l'électricité, les toniques à l'intérieur, etc. Capuron, Murat, Cazeaux recommandent en plus les injections dans la vessie avec des infusions aromatiques ou les eaux thermales de Baréges, de Cauterets, de Balaruc.

Si des accidents inflammatoires existent, péritonite, métrite, cystite, ils seront combattus par les moyens connus.

La fausse couche est encore à craindre après la réduction et s'est produite plusieurs fois (v. obs. 37, 38, 39, 47. 53, 57, 58, 101, etc.), une sur sept environ. Si on la croit inévitable, à cause de la lésion des parties, on se bornera à une surveillance active. Mais s'il reste quelque espoir de conjurer ce fâcheux dénouement, il faut employer, immédiatement après l'opération, tous les moyens compatibles avec l'état de la femme; émollients, saignées révulsives, laudanum, chloral, etc.

Quelquefois, en effet, même après des manœuvres assez violentes et quoiqu'il y eût eu perte de sang et dilatation marquée du col, la grossesse a néanmoins continué heureusement son cours (v. obs. 13, 16, 18, 65, 66, 69, 71, 93, 94, 97, 105).

TABLE DES MATIÈRES

Pages.

Préface 1

INTRODUCTION.

Généralité sur la statique, les déplacements et les inflexions de l'utérus.

Situation de l'utérus. 1
Ligaments de l'utérus 1
Déplacements de l'utérus 3
Flexions 3
Opinion de M. Boullard. 4
Rétroversion de l'utérus gravide 4
Obliquité postérieure de l'utérus à terme. 5
Distinction entre la rétroversion et l'obliquité postérieure 7

CHAPITRE I.

Résumé historique et bibliographique de la rétroversion de l'utérus pendant la grossesse.

Connaissances des anciens 12
Thèse de Reynieke 13
Cours de Grégoire 14
Mémoire de Hunter 16
Autres travaux du XVIII^e^ siècle 18
Mémoires de Lacroix, d'Elleaume, de Salmon et de Martin 21
Autres travaux du XIX^e^ siècle 22

CHAPITRE II.

Fréquence.

Rareté apparente de la rétroversion pendant la grossesse 25
Causes qui la font méconnaître 26
Exemples d'erreurs 27
Opinions de quelques praticiens 41
Conclusion et avis de l'auteur 43

CHAPITRE III.

Étiologie. — Pathogénie.

Pages.

Mécanisme de la rétroversion 43
Division 45
A. Causes prédisposantes 46
1. Changements physiologiques des premiers mois de la grossesse 47
2. Influences des grossesses antérieures 50
3. Affections utérines antérieures 52
4. Déplacements aux grossesses précédentes 61
5. Volume de l'utérus 65
6. Age de la femme 73
7. Conditions générales de santé-professions. 75
8. Forme et dimension du bassin 75
B. Causes déterminantes 81
1. Vessie 81
2. Intestins 84
3. Tumeurs 87
4. Adhérences. 89
5. Autres causes 95
6. Causes accidentelles 95
7. Fréquence relative. 101
Résumé 109

CHAPITRE IV.

Anatomie pathologique.

Dessins de rétroversions et de rétroflexions. 110
Degrés de la rétroversion 112
Genres de rétroflexion 114
Changements du vagin et de l'urèthre 117
Altérations de la vessie 117
Altérations de l'utérus 121
Altérations du vagin, du rectum, etc. 124

CHAPITRE V.

Symptomatologie.

Généralités 126
Symptômes prémonitoires 128
Symptômes de la rétroversion confirmée. 130
Sensation spéciale de déplacement. 131
1° Rétention d'urine 133
2° Rétention des matières fécales 138
3° Douleurs 142
4° Symptômes généraux 145
5° Inspection extérieure, palper, auscultation 146
6° Toucher 153

CHAPITRE VI.

Pronostic, marche, durée, terminaison.

Pages.
Pronostic 161
Marche 163
Durée 164
Terminaison 164

CHAPITRE VII.

Diagnostic.

Généralités sur le diagnostic 169
Diagnostic propre de la rétroversion 170
Des signes de grossesse dans la rétroversion. 171
Diagnostic différentiel 172
1° Grossesse avec rétention d'urine et descente. 173
2° Antéflexion 174
3° Renversement 174
4° Rétroversion en dehors de la grossesse 174
A. Utérus à l'état de vacuité 174
B. Engorgement de l'utérus. 175
C. Grossesse molaire. 175
D. 1. Physométrie 178
2. Hémométrie 179
3. Hydrométrie 179
E. Polypes, tumeurs fibreuses. 179
5° Tumeurs du col 183
6° Grossesse extra-utérine 184
7° Tumeurs de l'excavation 190
8° Hématocèle rétro-utérine 194
9° Pelvi-péritonite 197

CHAPITRE VIII.

Traitement.

A. Traitement prophylactique. 199
B. Traitement symptomatique 200
α. Rétention d'urine 201
β. Constipation 207
γ. Douleurs 208
ε. Symptômes généraux 208
δ. Accidents spéciaux. 208
C. Traitement curatif 209
Nécessité de réduire 209
Soins préliminaires 210
1° *Traitement de Denman* 210
2° *Procédés manuels*. 220

Pages.

I. Position à donner 221
1. Position obstétricale. 222
2. Position doublement inclinée 222
3. Position sur les genoux et les coudes 223
4. Position sur le ventre 224
5. Position de M. Godefroy 225
6. Position sur les genoux et la poitrine 228
7. Position sur le côté 229
II. Manœuvres 230
Généralités 230
A. Procédés par le vagin 234
1. Mouvement de bascule simple 234
2. Procédé de Martin, jeune (de Lyon) 235
3. Procédé de Katzenberger 239
4. Procédé de Négrier 239
5. Agir sur le col puis sur le corps 244
6. Procédé de M. Vignard 244
7. Procédé de Capuron 247
8. Procédé de M. Hubert 248
B. Procédés par le rectum. 250
1. Procédé ancien 250
2. Procédé de Dussaussois 251
3. Procédés d'Amussat 255
C. Procédés par le vagin et le rectum 256
Procédé de Grégoire 256
Moyens proposés pour abaisser le col. 257
Conseil d'abaisser le col avant le fond 260
3° *Procédés instrumentaux* 260
Généralités 260
Procédé d'Evrat 261
Instrument de Richter 263
Autres instruments 265
Méthode de M. Halpin 266
Instrument de M. Bond 266
Réducteur à air de M. Favrot 266
4° *Diminution de volume de l'utérus* 269
Légitimité de l'opération 269
Ponction des membranes à travers le col 270
Ponction de l'utérus 271
5° *Agrandissement des diamètres du bassin* 279
Symphyséotomie 279
6° *Gastrotomie*. 280
D. Traitement consécutif 280
Soins ordinaires après la réduction 280
Emploi des pessaires 281
Incontinence d'urine, symptômes inflammatoires 282
Avortement à éviter 282

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES OBSERVATIONS

PAR ORDRE ALPHABÉTIQUE DES NOMS D'AUTEURS

Amussat (1er cas).	Voir	observation	LXXI,	page	154
— (2e cas).	—	—	LII,	—	92
Balp.	—	—	XXV,	—	38
Bamberger.	—	—	XLVI,	—	86
Barnes (1er cas).	—	—	LXVIII,	—	146
— (2e cas).				—	10
Barrier.	—	—	XCVII,	—	232
Barth.	—	—	CXIV,	—	253
Bartlett.	—	—	XLI,	—	72
Baudelocque (1er cas).	—	—	XXVIII,	—	45
— (2e cas).	—	—	XXIX,	—	45
— (3e cas).	—	—	XXX,	—	45
Baynham.	—	—	CXXXI,	—	274
Bell.	—	—	CXXXII,	—	275
Bellangé.	—	—	XLVII,	—	86
Bernutz.	—	—	LI,	—	89
Billi.	—	—	I,	—	6
Blundell.	—	—	XLIX,	—	88
Boivin.	—	—	LXXXI,	—	191
Capuron.	—	—	LXXVIII,	—	185
Cazeaux.	—	—	XC,	—	223
Chantreuil (1er cas).	—	—	LXXXVII,	—	215
— (2e cas).	—	—	XLIII,	—	78
Chapplain.	—	—	LXIII,	—	136
Charles (1er cas).	—	—	LXX,	—	149
— (2e cas).	—	—	LXXV,	—	167
— (3e cas).	—	—	—	—	161
— (4e cas).	—	—	—	—	161
— (5e cas).	—	—	CXXVII,	—	268
Courtois.	—	—	LXXIV,	—	166

Craninx.	Voir observation	—	CXXXIII,	page 276
Curie.	—	—	XCVIII,	— 234
Davreux.	—	—	LXVI,	— 142
Delaharpe.	—	—	CXXXIV.	— 278
Depaul (1er cas).	—	—	LXXXIV,	— 213
— (2e cas).	—	—	XCI,	— 224
— (3e cas).	—	—	LXXIX,	— 186
— (4e cas).	—	—	XII,	— 27
— (5e cas).	—	—	XI,	— 27
— (6e cas).	—	—	LXXX,	— 189
— (7e cas).	—	—	LXXXII,	— 195
Desgranges.	—	—	IX,	— 19
Dubois.	—	—	CXXIX,	— 270
Dussaussois.	—	—	CXIII,	— 253
Evrat.	—	—	CXIX,	— 261
France (1er cas).	—	—	LV,	— 96
— (2e cas).	—	—	LXXXIX,	— 221
Gallard.	—	—	CXI,	— 251
Garin.	—	—	LXIX,	— 147
Garnier.	—	—	XXVI,	— 39
Gérard.	—	—	XVI,	— 32
Godefroy (1er cas).	—	—	LXIV,	— 139
— (2e cas).	—	—	XCIII,	— 226
— (3e cas).	—	—	XCV,	— 227
— (4e cas).	—	—	XVIII,	— 53
— (5e cas).	—	—	XIX,	— 54
— (6e cas).	—	—	XCIV,	— 226
Gougis (1er cas).	—	—	XXII,	— 56
— (2e cas).	—	—	CXVII,	— 258
Gosselin.	—	—	CVI,	— 242
Grenser.	—	—	XXI,	— 56
Guichard.	—	—	LX,	— 123
Guyot.	—	—	XCVI,	— 228
Hamon (1er cas).	—	—	CXII,	— 252
— (2e cas).	—	—	CXXVI,	— 267
Hubert (1er cas).	—	—	LXXVI,	— 175
— (2e cas).	—	—	LXXVII,	— 179
— (3e cas).	—	—	XXXVII,	— 62
— (4e cas).	—	—	CII,	— 238
— (5e cas).	—	—	XCII,	— 224
— (6e cas).	—	—	XIII,	— 29
— (7e cas).	—	—	XXXVI,	— 59
— (8e cas).	—	—	XXXII,	— 53
— (9e cas).	—	—	LIII,	— 93
— (10e cas).	—	—	XXXVIII,	— 64
— (11e cas).	—	—	XXXIX,	— 65
Hunter.	—	—	VII,	— 17
Jourel.	—	—	LXXXI (*bis*),	— 192
Lynn.	—	—	VI,	— 16
Macléod.	—	—	LVI,	— 96

Martin, de Tonneins (1er cas).	Voir	observation	CXVI,	page 258
— (2e cas).	—	—	CXXV,	— 265
Martin, jeune, de Lyon (1er cas).	—	—	LVII,	— 99
— (2e cas).	—	—	LXXXVIII,	— 216
— (3e cas).	—	—	CI,	— 237
— (4e cas).	—	—	LXXXIII,	— 205
— (5e cas).	—	—	CXV,	— 257
— (6e cas).	—	—	XCIX,	— 256
— (7e cas).	—	—	C,	— 257
— (8e cas).	—	—	XIV,	— 51
— (9e cas).	—	—	XV,	— 51
— (10e cas).	—	—	LXXII,	— 158
— (16e cas).	—	—	CXXIII,	— 264
— (22e cas).	—	—	L,	— 89
Mattei.	—	—	LXV,	— 141
Mayor.	—	—	LXI,	— 124
Moldenhauer.	—	—	LIX,	— 120
Moreau.	—	—	CXX,	— 262
Morel.	—	—	CXXII,	— 265
Morris.	—	—	LXXXV,	— 214
Négrier (1er cas).	—	—	XL,	— 71
— (2e et 3e cas).	—	—	CIII,	— 259
— (4e cas).	—	—	LXXIII,	— 159
— (5e cas).	—	—	CIV,	— 241
— (6e cas).	—	—	CV	— 241
Pajot.	—	—	CXXI,	— 262
Palante.	—	—	CXVIII,	— 259
Parent (1er cas).	—	—	XXXI,	— 47
— (2e cas).	—	—	XLIV,	— 79
Phillips (1er cas).	—	—	XXXV,	— 58
— (2e cas).	—	—	XXXIII,	— 57
— (3e cas).	—	—	XXXIV,	— 58
Priou.	—	—	CXXIV,	— 264
Puzin.	—	—	XLVIII,	— 87
Quintin.	—	—	CX,	— 249
Ramsbotham.	—	—	LXXXVI,	— 215
Richter.	—	—	LIV,	— 95
Reynick.	—	—	II,	— 13
Rochester.	—	—	CXXXV,	— 278
Rolland.	—	—	XVII,	— 33
Ronvaux.	—	—	XXVII,	— 40
Schmitt.	—	—	XX,	— 35
Slavjansky.	—	—	LXII,	— 127
Smellie (1er cas).	—	—	III,	— 15
— (2e cas).	—	—	IV,	— 15
Stoltz.	—	—	XXIV,	— 38
Tarnier.	—	—	CXXI,	— 262
Van Dorpe.	—	—	X,	— 19
Vignard (1er cas).	—	—	CVII,	— 245
— (2e cas).	—	—	CVIII,	— 245

Vignard (3e cas).	Voir observation	CIX,	page	246
Villeneuve.	— —	XLV,	—	85
Viranus.	— —	CXXVIII,	—	270
Viricel (1er cas).	— —	CXXX,	—	272
— (2e cas).	— —	LXVII,	—	146
Wall.	— —	V,	—	16
Wasseige.	— —	XLII,	—	77
Wauters.	— —	VIII,	—	18
Wittich.	— —	LVIII,	—	118
Wlteczek.	— —	XXIII,	—	37

FIN

24.D.124.
Des deplacements de la matrice 1878
Countway Library BDQ8465
3 2044 045 463 338

24.D.124.
Des deplacements de la matrice 1878
Countway Library BDQ8465
3 2044 045 463 338